

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КЗ КОП "ЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ"**

Освітньо-професійний ступінь: Фаховий молодший бакалавр

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Спеціальність: 223 «Медсестринство»

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Освітній компонент: «Медсестринство в акушерстві»

Методична розробка лекційного заняття з теми:

«Тазові передлежання плода»

Підготувала викладачка
Тетяна КРАВЧЕНКО,
спеціаліст вищої категорії,
викладач-методист

РОЗГЛЯНУТО

на засіданні циклової комісії
клінічних дисциплін

Протокол № _____ від « _____ » _____ 2025

Голова комісії _____ Марія ШУЛЛА

Яготин

2025

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ

Тема лекції: Тазові передлежання плода

Курс: 2, семестр 3

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Кількість навчальних годин: 2 години

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

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

2. МЕТА ЛЕКЦІЇ:

а) Навчальна:

Для формування вмінь здобувач освіти повинен знати:

1. Поняття про передлежання плоду: причини виникнення, діагностика, профілактика ускладнення.
2. Класифікація тазових передлежань плоду, особливості перебігу вагітності, коригувальна гімнастика.

В результаті проведення заняття здобувач освіти повинен уміти:

1. Пояснити про причини виникнення передлежання плоду.
2. Розказати класифікацію тазових передлежань плода.
3. Охарактеризувати методи діагностики тазових передлежань плоду.
4. Назвати особливості перебігу вагітності та пологів при тазових передлежаннях плода.
5. Визначити методи профілактики ускладнень.

б) Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність,
- спостережливість ,
- тактовність .
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

3. КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ:

Після вивчення освітнього компонента здобувачі освіти повинні оволодіти компетентностями:

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 1. Здатність до застосовування професійних стандартів та нормативно-правових актів у повсякденній медичній практиці.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.

РН. 2. Застосовувати сучасні цифрові та комунікативні технології для пошуку інформації та документування результатів професійної діяльності.

РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.

РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.

РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги .

4. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ:

Освітній компонент	Знати	Вміти
1. Попередні (забезпечуючі) освітні компоненти:	Анатомію та фізіологію жіночих	Вміти показати будову жіночих

анатомія та фізіологія людини, основи латинської мови з медичною термінологією, медсестринський догляд за пацієнтами та основи медичної маніпуляційної техніки, медсестринство у внутрішній медицині.	статевих органів, медичну термінологію, методи обстеження, медсестринський догляд.	статевих органів, на таблицях, схемах, муляжах, фантомах, назвати термінологію, зібрати анамнез, провести об'єктивне обстеження органів та систем, здійснювати медсестринський догляд.
2. Наступні компоненти (що забезпечуються): анестезіологія та реаніматологія, медсестринство у хірургії, медсестринство в гінекології,	Клінічні прояви патології.	Визначати симптоми, проводити диференційовану діагностику захворювань органів черевної порожнини та малого тазу.
3. Внутрішньопредметна інтеграція (теми даного компонента, з якими інтегрується той, що вивчається):	Анатомію та фізіологію жіночих статевих органів, скарги, анамнез, проведення об'єктивного обстеження органів і систем; акушерський анамнез; акушерське обстеження; пологи, їх періоди.	Зібрати акушерський анамнез; проводити огляд у дзеркалах, бімануальне піхвове дослідження; проводити зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження.

5. ПЛАН ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

№ з/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Цілі в рівнях абстракції	Тип лекції, методи і засоби активізації, обладнання	Розподіл часу у % %
1	2	3	4	5
	Підготовчий етап Визначення			85-90 %

	навчальних цілей і мотивація Основний етап План викладення лекційного матеріалу. 1.Поняття про передлежання плоду:причини виникнення, діагностика, профілактика ускладнення. 2.Класифікація тазових передлежань плоду,особливості перебігу вагітності, коригувальна гімнастика. 3.Діагностику передлежання плоду. 4.Як провести коригувальну гімнастику.	аП аП аП аП	Тематична лекція із застосуванням наочності, ТЗН.	
1.	2.	3.	5.	6.
	Заключний етап 1.Резюме лекції, загальні висновки 2.Відповіді на можливі запитання 3.Завдання для самопідготовки		Питання, проблеми і ситуації, задачі, тести, схеми, засоби наочності, технічні засоби навчання, навчальні посібники тощо. Перелік літератури, домашнє завдання: <i>Медсестринство в акушерстві: підручник / С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.178-179</i>	10-15%

6. ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

- а) структурно-логічна схема змісту теми;
- б) тези або конспект лекції:

ТАЗОВІ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА

При тазових передлежаннях плід розташований у поздовжньому положенні, передлежачою частиною плода є тазовий кінець, голівка перебуває в ділянці дна матки. Частота тазового передлежання 3-3,5% від загальної кількості пологів.

Причинами виникнення тазового передлежання можуть бути: багатоводдя, багатопліддя, пухлини матки, знижений м'язовий тонус матки, вади розвитку матки, недоношеність плода, передлежання плаценти, вузький таз.

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.

Діагностика

Розпізнавання тазових передлежань базується головним чином на вмінні пальпаторно відрізнити голівку плода від сідниць.

При зовнішньому акушерському дослідженні необхідно використовувати ч прийом Леопольда:

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

Діагностика тазового передлежання звичайно викликає труднощі при вираженому напруженні м'язів передньої черевної стінки та підвищеному тонусі матки, при ожирінні, двійні, аненцефалії.

При піхвовому дослідженні під час вагітності через переднє склепіння пальпується об'ємна, м'якуватої консистенції передлегла частина плода, що відрізняється від голівки, яка більш щільна та кругла.

При внутрішньому акушерському дослідженні в пологах (при відкритті шийки матки) можлива пальпація різних частин в залежності від передлежання:

- сідничне неповне (чисте) - пальпують об'ємну, м'яку частину плода, визначають сідничні бугри, крижі, анальний отвір, статеві органи;
- сідничне повне (змішане)- пальпують об'ємну, м'яку частину плода, знаходять стопу або дві стопи, що лежать поряд із сідницями;
- ножне - пальпують ніжку, ознакою якої є п'ятова кістка, пальці - рівні, короткі, великий палець не відводиться в сторону, є обмежено рухомим, не приводиться до підшви.

Ультразвукове дослідження (УЗД) - найбільш інформативний метод діагностики. Такий метод дослідження дозволяє визначити не тільки тазове передлежання, але й масу плода, положення голівки (зігнута, розігнута).

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

- голівка зігнута, кут більший 110°;
- голівка слабо розігнута, "поза військового" - I ступінь розгинання голівки, кут 100-110°;
- голівка помірно розігнута - II ступінь розгинання, кут 90-100°;
- надмірне розгинання голівки, "плід дивиться на зірки" - III ступінь розгинання голівки, кут менший за 90°.

Перебіг і ведення вагітності

Перебіг вагітності при тазовому передлежанні не відрізняється від такого при головному передлежанні, але нерідко трапляються й ускладнення. Найчастішим і найнесприятливішим за своїми наслідками є раннє або передчасне вилиття навколоплідних вод. У більшості випадків це трапляється при ножному передлежанні.

При веденні вагітності в жіночий консультації попередній діагноз тазового передлежання плода встановлюють в термін вагітності 30 тижнів, а остаточний - в 37-38 тижнів.

В термін вагітності 30 тижнів проводять заходи, що сприяють самоповороту плода на голівку. Для цього рекомендують (С): положення на боці, протилежному позиції плода; колінно-ліктьове положення по 15 хв. 2-3 рази на добу.

З 32 до 37 тижня призначають комплекс коригуючих гімнастичних вправ (С) за однією з існуючих методик.

Головні елементи корегуючої гімнастики за 1.1. Грищенком та А.С.

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).

У разі збереження тазового передлежання плода в термін 37-38 тижнів вагітності проводиться госпіталізація в акушерський стаціонар за показаннями:

- наявність обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу;
- ускладнений перебіг даної вагітності;
- екстрагенітальна патологія;
- можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку.

У разі доношеної вагітності у стаціонарі III рівня до початку пологів можливе проведення зовнішнього повороту плода на голівку за поінформованої згоди вагітної

(А).

Зовнішній поворот плода на голівку

Показання:

- неповне сідничне передлежання за доношеної вагітності та живому плоді. *Умови:*
- передбачувана маса плода < 3700,0 г;
- нормальні розміри малого тазу;
- спорожнений сечовий міхур вагітної;
- можливість проведення УЗД передлежання і стану плода до- та після проведення повороту;
- задовільний стан плода за БПП та відсутність аномалій розвитку;
- нормальна рухливість плода, достатня кількість навколоплідних вод;
- нормальний тонус матки, цілий плодовий міхур;
- готовність операційної до надання екстреної допомоги у разі виникнення ускладнень;
- наявність досвідченого кваліфікованого фахівця, який володіє технікою повороту.

Протипоказання:

- ускладнення перебігу вагітності на момент прийняття рішення про зовнішній поворот (кровотеча, дистрес плода, прееклампсія);
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез;
- багато- або маловоддя;
- багатоплідна вагітність;
- анатомічно вузький таз
- наявність рубцевих змін піхви чи шийки матки;
- III ступінь розгинання голівки за даними УЗД;
- передлежання плаценти;
- тяжка екстрагенітальна патологія;
- рубець на матці, злукова хвороба;
- гідроцефалія та пухлини шийи плода;
- аномалії розвитку матки;
- пухлини матки та придатків матки.

Техніка зовнішнього повороту плода на голівку:

- положення жінки на боці, з нахилом 30-40° в сторону спинки плода;
- сідниці плода відводять від входу малого тазу долонями лікаря, введеними між лоном та сідницями плода;
- обережно зміщують сідниці плода у бік позиції плода;

- зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції;
- закінчують поворот шляхом зміщення голівки плода до входу малого тазу, а сідниць - до дна матки.

Якщо перша спроба повороту була невдалою, проведення другої є недоцільним.

Можливі ускладнення: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, дистрес плода, розрив матки. У разі обережного кваліфікованого виконання зовнішнього повороту плода на голівку частота ускладнень не перевищує 1% (А).

Перебіг і ведення термінових пологів

Особливості перебігу пологів при тазових передлежаннях полягають у високому ризику можливих ускладнень. В I періоді пологів може відбутися: передчасне та раннє відходження навколоплідних вод, випадіння дрібних частин плода, пуповини, слабкість пологової діяльності, дистрес плода, ендометрит в пологах. В II періоді: закидання ручок плода, утворення заднього виду, спазм шийки матки, травма плода, травма пологових шляхів.

Розрізняють три ступеня закидання ручок: I - ручка закинута попереду вушка, II - на рівні вушка, III - позаду вушка плода. Найчастіше в цих випадках настає важкий дистрес плода внаслідок затяжного народження голівки.

Пологи при тазових передлежаннях проходять у три етапи:

- 1 етап - народження тазового кінця.
- 2 етап - народження плечового поясу.
- 3 етап - народження голівки плода.

Біомеханізм пологів

Ведучою точкою є верхівка куприка, провідна лінія - міжвертельна.

1. Встановлення сідниць (стиснення та опущення їх), міжвертельна лінія перебуває в одному з косих розмірів.
2. Внутрішній поворот сідниць. Починається при переході з широкої у вузьку частину порожнини малого тазу, закінчується в площині виходу, коли міжвертельна лінія стає в прямому розмірі виходу.
3. Бокове згинання хребта в попереково-крижовому відділі. Точка фіксації між нижнім краєм симфізу та краєм клубової кістки передньої сідниці. Народження задньої сідниці, а потім передньої в прямому розмірі.
4. Внутрішній поворот плечиків (з косого розміру в прямий) та зв'язаний з ним зовнішній поворот тулуба.
5. Бокове згинання хребта в шийно-плечовому відділі. Точка фіксації між нижнім краєм симфізу та акроміальним відростком лопатки плода. Відбувається народження заднього плечика, а потім переднього в прямому розмірі площини виходу з малого тазу.
6. Внутрішній поворот голівки. Сагітальний шов переходить в прямий розмір виходу з малого тазу, підпотилична ямка фіксується під лоном.
7. Згинання голівки навколо точки фіксації та її народження.

При ніжних передлежаннях біомеханізм пологів той самий, тільки першими зі статевої щілини з'являються не сіднички, а ніжки.

З метою профілактики ускладнень в акушерському стаціонарі у роділь з тазовим передлежанням плода є важливим визначення *плану ведення пологів*.

Плановий кесарів розтин проводять за наступними показаннями:

- Очікувана маса плода 3700,0 і більше;
- Ножне передлежання плода;

- Розгинання голівки III ступеня за даними УЗД
- Пухлини шиї плода та гідроцефалія.

Консервативне ведення пологів:

- після складання плану ведення пологів упевнитися в тому, що є всі необхідні умови для безпечного проведення пологів через природні пологові шляхи і відсутні показання до кесарева розтину;
- слідкувати за перебігом I періоду пологів шляхом ведення партограми, реєстрації КТГ протягом 15 хвилин кожні 2 години;
- у разі розриву плодових оболонок негайно провести внутрішнє акушерське дослідження для виключення випадіння пуповини;
- II період пологів вести з мобілізованою веною для внутрішньовенного введення 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину (до 20 крапель за хвилину у присутності анестезіолога і неонатолога);
- проведення епізіотомії за показаннями (якщо промежина погано розтягується); пудендальної анестезії (С);

З метою попередження ускладнень пологи *при неповному (чисто) сідничному передлежанні* ведуть за методом Цов'янова І. Слід підкреслити, що ручна допомога - не операція, вона є допомогою лікаря при самостійному народженні плода при тазовому передлежанні.

Розпочинають надання ручної допомоги за методом Н.А. Цов'янова І в момент прорізування сідниць; сідниці, які народжуються, підтримують без будь-яких спроб витягування плода. Головна мета - зберегти нормальне членорозташування плода, не дати ніжкам передчасно народитися, для цього великими пальцями їх утримують притиснутими до тулуба плода. Інші чотири пальці розміщують вздовж криж плода - захват по типу „бінокля”. В міру народження плода руки пересувають по тулубу до задньої спайки промежини роділлі. В косому розмірі тулуб народжується до нижнього кута передньої лопатки, плечовий пояс стає в прямому розмірі. В цю мить треба направити сідниці вниз, щоб полегшити самостійне народження з-під симфізу переднього плечика. Для народження заднього плечика тулуб плода знову піднімають догори.

Увійшовши в малий таз в косому розрізі, голівка плода завершує свій внутрішній поворот, опускається на тазове дно і при інтенсивній пологовій діяльності народжується самостійно, при цьому акушер підіймає тулуб плода догори, до лона роділлі (виведення голівки за Брахтом).

Якщо голівка затримується, її виводять методом Морисо-Левре-Лашапель.

При *повному (змішаному) сідничному передлежанні* сідниці і тулуб плода народжуються самостійно до нижнього кута лопаток.

При ускладненнях, які можуть виникати під час народження плечового поясу і тим самим передбачити закидання ручок, слід перейти до звільнення плечового поясу і голівки плода за методикою класичної ручної допомоги:

а) звільнення плечового поясу

- однією рукою (при I позиції - лівою) беруть ніжки плода в області гомілкових суглобів і відводять їх догори (вперед) та в сторону протилежну спинці плода, ближче до стегна роділлі (при I позиції - до правого стегна);
- вводять другу руку у піхву до крижової впадини роділлі по спинці плода, а далі по плечика до ліктьового згину і виводять задню ручку;

- вивільнення ручки плода проводять за ліктьовий згин (не за плечову кістку) таким чином, щоб вона зробила «вмивальний» рух;
 - передню ручку виводять, після переведення її у задню, також зі сторони крижової впадини;
 - захоплюють обома руками плід за таз та передню частину стегон (не торкатися живота плода - 4 пальці кожної руки на стегнах, а великі пальці на сідницях плода) і повертають його на 180^0 ;
 - спинка плода у час повороту повинна пройти під симфізом;
 - звільняють другу ручку аналогічно першій з боку крижової впадини
- б) звільнення голівки прийомом Морісо-Левре-Лашапелъ
- підводять руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху долоні та передпліччя акушера;
 - розташовують вказівний та безіменний палець цієї руки на вилицеві (скулові) кістки плода, а середній палець вводять в рот плода для відведення щелепи вниз і згинання голівки;
 - використовують іншу руку для захоплення плечиків плода з боку спинки;
 - вказівним і середнім пальцями верхньої руки обережно згинають голівку плода у напрямку до грудини;
 - роблять тракцію на себе до появи межі волосистої лінії голівки плода і утворення точки фіксації, одночасно асистент натискає долонною поверхнею руки над лоном роділлі, фіксуючи голівку плода у положенні згинання;
 - обережно роблять тракцію догори (вперед) для народження голівки плода у зігнутому положенні.

При ножному передлежанні розродження проводять шляхом кесарева розтину

(А).

При необхідності проводити пологи через природні пологові шляхи у разі ножного передлежання надають ручну допомогу за методом Н.А. Цов'янова П.

Мета ручної допомоги - перешкодити народженню ніжок плода до повного відкриття шийки матки і тим самим водночас допомогти підсиленню пологової діяльності.

Накривши стерильною серветкою зовнішні статеві органи роділлі, прикладають до вульви долоню так, щоб перешкодити передчасному випадінню ніжок із піхви. Плід при цьому ніби присідає навпочіпки і опиняється в повному сідничному передлежанні.

При повному відкритті шийки матки, коли сідниці вже спустилися на тазове дно, ніжки не утримуються, плід самостійно народжується до нижнього кута передньої лопатки, а далі звільняється плечовий пояс і голівка плода класичною ручною допомогою.

7. МАТЕРІАЛИ АКТИВІЗАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ:

Контрольні запитання

1. Що називається тазовим передлежанням плода ?
2. Яка класифікація тазових передлежань плода?
3. Як часто зустрічаються тазові передлежання ?
4. Причини виникнення тазових передлежань ?
5. Які методи діагностики тазових передлежань?
6. Які особливості перебігу вагітності при тазовому передлежанні плода?
7. Які особливості ведення вагітності при тазовому передлежанні плода?
8. Які показання та умови для зовнішнього повороту плода на голівку?
9. Які протипоказання для зовнішнього повороту плода на голівку?
10. Яка техніка зовнішнього повороту плода на голівку?
11. Які особливості біомеханізму пологів при тазових передлежаннях ?
12. Особливості перебігу пологів при тазових передлежаннях ?
13. Які ускладнення виникають в I періоді пологів ?
14. Які ускладнення виникають в II періоді пологів ?
15. Як ведеться I період пологів при тазовому передлежанні плода ?
16. Які особливості ведення II періоду пологів при тазовому передлежанні ?
17. Коли акушери надають допомогу за Цов'яновим I ? Її техніка ?
18. Коли акушери надають допомогу за Цов'яновим II ? Її техніка ?
19. В чому полягає класична ручна допомога ?
20. Показання до кесаревого розтину при тазовому передлежанні плода ?

ТИПОВІ СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

1. Вагітна Е., 20 років, пізно взята на облік в жіночій консультації. При обстеженні встановлено: вагітність 35-36 тижнів, ожиріння III ступеня, підозра на тазове передлежання плода.

Які додаткові методи обстеження допоможуть уточнити діагноз?

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

3. У роділлі А., 25 років (розміри тазу 25-28-30-20), з тазовим передлежанням плода, в пологах проведено вагінальне обстеження. Виявлено: розкриття

маткового вічка: 6 см, плодовий міхур відсутній, передлегла частина велика, нечітка, м'яка. Зліва і спереду виявляються ступні плода.

Який діагноз?

4. У роділлі М., 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.

Як вести пологи далі?

ТИПОВІ ТЕСТОВІ ЗАДАЧІ

1. У роділлі Д., 23 років, встановлено діагноз: пологи термінові в змішаному сідничному передлежанні, початок II періоду пологів.

Яку допомогу необхідно надати?

- А. Класичну ручну допомогу для виведення плечового поясу і голівки плода
- В. Ручну допомогу за методом Цов'янова І
- С. Ручну допомогу за методом Цов'янова
- Д. Не надавати допомоги до народження голівки плода

8. МАТЕРІАЛИ САМОПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ЗА ТЕМОЮ ЛЕКЦІЇ:

Перелік літератури, домашнє завдання:

1. Медсестринство в акушерстві: підручник / С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.178-179