

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № \_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» ІІ  
РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Перебіг та ведення пологів при тазових передлежаннях плода</b> (код курсу 7.1)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 8 годин.

## I. Мета заняття

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

## II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика ізніх термінів вагітності.
2. Анатомія кісткового тазу.
3. Будова голівки лода.
4. Визначення ередбачуваної маси лода.
5. Аускультация лода.

## III. Об'єм нової інформації

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

## IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. . Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Пологовий блок

## Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Клінічний протокол з акушерської допомоги (Наказ МОЗ України № 977 від 27.12.2011 ).— Київ, 2012.— 16 с.
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів

## V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.

1.	Використати методи діагностики тазових передлежань (прийоми Леопольда, піхвове дослідження, аускультацию, оцінку УЗД);		+	
2.	Продемонструвати на фантомі біомеханізм пологів при тазовому передлежанні лода;		+	
3.	Продемонструвати на фантомі методи допомоги за Цов'яновим I та II;		+	
4.	Продемонструвати на фантомі класичну ручну допомогу для звільнення плечового поясу та голівки лода;		+	
5.	Скласти лан ведення пологів при тазовому передлежанні лода		+	

## VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

### *Питання*

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 прегібу 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 лода 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 еріоді пологів?
14. Які ускладнення виникають в II еріоді 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 олягає класична ручна допомога?
20. Показання до кесаревого розтину при тазовому передлежанні плода?

### ***Завдання для самостійної роботи по темі заняття***

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

### ***Тестові завдання***

1. Роділля в терміні вагітності 39-40 тижнів. Положення плода повздовжнє. I період пологів .При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, розкрита до 5 см. Плодовий міхур цілий. Через піхву визначаються сідниці і поруч з ними ступні ніжок плода. Який діагноз?
  - A. Повне сідничне передлежання\*
  - B. Неповне сідничне передлеж
  - C. Повне ніжне передлежання
  - D. Неповне ніжне передлежання
  - E. Колінне передлежання
2. Повторновагітна 28 років. Поступила в пологовий будинок через 6 годин після початку родової діяльності. Розміри таза: 26,28,31,21. Положення плода подовжнє, сідничне передлежання. Передбачувана вага плода 3000 г. С/б плода ясне, 140 уд. Піхва ємна, відкриття повне, плодового міхура немає. Сідниці виконують 1/3 крижової западини. Спереду сідниць визначається петля пульсуючої пуповини. Тактика ведення пологів?
  - A \* Витяг плода за паховий згин
  - B Кесаревий розтин
  - C Допомога по Цов'янову 1
  - D Допомога по Цов'янову 2
  - E Спонтанне ведення пологів
3. Роділля в терміні вагітності 39-40 тижнів. Положення плода повздовжнє. I період пологів .При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, розкрита до 5 см. Плодовий міхур цілий. Через піхву визначаються сідниці і поруч з ними ступні ніжок плода. Який діагноз?
  - A Змішане сідничне передлежання \*
  - B Неповне сідничне передлежання
  - C Повне ніжне передлежання
  - D Неповне ніжне передлежання
  - E Колінне передлежання
4. Вагітна 19 років знаходиться у відділенні патології вагітності з приводу вагітності 36 тижнів, тазового передлежання, крупного плода, тяжкої форми цукрового діабету. На КТТ у плода зареєстрована брадикардія до 100/хв. та глибокі децелерації. Пологової діяльності немає. Яка тактика у відношенні даної жінки?
  - A Екстрений кесарський розтин\*
  - B Розродження через природні пологові шляхи
  - C Родостимуляція

- D** Виведення плода за тазовий кінець  
**E** Продовження вагітності
5. Другий період пологів. Змішане сідничне передлежання, передній вид. Передбачувана маса плода - 3200. Серцебиття плода ясне, ритмічне - 136 в 1 хвилину. Розміри тазу: 25-28-31-21. Яка найбільш раціональна тактика ведення пологів?
- A** \* Класична ручна допомога.  
**B** Кесарський розтин.  
**C** Метод Цов'янова І.  
**D** Екстракція плода за тазовий кінець.  
**E** Поворот плода на голівку

### Ситуаційні задачі :

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

*Які додаткові методи обстеження допоможуть уточнити діагноз?*

Ультразвукове дослідження.

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

Який план ведення пологів?

Кесарів розтин.

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?

І період пологів, змішане сідничне передлежання, раннє вилиття навколоплідних вод.

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?

Приступити до виведення плечового поясу і голівки методом класичної ручної допомоги.

### VII. Методичні матеріали до практичного заняття Тазове передлежання плода

#### Шифр МКХ-10: O32.1

Тазове передлежання плода – це положення плода, яке характеризується розташуванням тазового кінця плода відносно площини входу малого тазу.

Частота тазового передлежання у разі доношеної вагітності одним плодом складає 3 – 3,5% від загальної кількості пологів.

#### 1. Класифікація

I. Сідничне передлежання (згинальне):

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

II. Ножне передлежання (розгинальне):

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

#### 2. Діагностика

### 2.1. Зовнішнє акушерське дослідження:

- 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 аускультатії серцебиття плода вислуховують залежно від позиції справа або зліва вище пупка.

### 2.2. Внутрішнє акушерське дослідження в пологах (таблиця)

Таблиця. Диференціальна діагностика різних видів передлежань за результатами внутрішнього акушерського дослідження

Вид передлежання	Внутрішнє акушерське дослідження
Сідничне	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ пальпують об'ємну м'яку частину плода;</li><li>▪ визначають сідничні бугри, крижі, анальний отвір, статеві органи</li><li>▪ неповне сідничне передлежання – можливо визначити паховий згин; повне – знаходять стопу, що лежить поряд із сідницями</li><li>▪ сідничні бугри та анус плода розташовані в одній площині</li></ul>
Ножене	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ пальпують п'яткову кістку, пальці – рівні, короткі, великий палець не відводиться в сторону і є обмежено рухомим</li><li>▪ великий палець ніжки неможливо притиснути до підошви</li></ul>
Лицеве	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ визначають тверді валики та щелепи, ротик та ніс плода</li><li>▪ рот та молярні відростки мають трикутну форму</li></ul>
Випадіння ручки при поперечному чи косому передлежанні плода	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ великий палець ручки плода можна легко притиснути до долоні</li><li>▪ розташування пальців кутоподібне</li><li>▪ не пальпують п'яткову кістку</li></ul>

2.3. 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.

2.3.1. 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:

- голівка зігнута, кут більше 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°.

2.4. Попередній діагноз тазового передлежання встановлюють у терміні вагітності 30 тижнів, а остаточний – у 37-38 тижнів.

2.5. Починаючи з 32 тижня вагітності, частота самовільного повороту різко зменшується, тому корекцію положення плода доцільно проводити саме після цього терміну вагітності (А).

## 2. Ведення вагітності

### **3.1. Жіноча консультація (див. алгоритм )**

3.1.1. В терміні 30 тижнів з метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати (С):

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

3.1.2. З 32 до 37 тиж. призначають комплекс коригуючих гімнастичних вправ (С) за однією з існуючих методик [І.Ф.Дикань, І.І.Грищенко, В.В.Фомічева, Е.В.Брюхіна].

Протипоказання для проведення гімнастичних вправ:

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

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

3.1.4. У терміні 38 тижнів визначають необхідність госпіталізації до акушерського стаціонару III рівня за наступними показаннями:

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

### **3.2. Акушерський стаціонар (див. алгоритм)**

3.2.1. Уточнення діагнозу:

- проводять ультразвукове дослідження;
- оцінюють стан плода (проведення біофізичного профілю плода – БПП, за необхідністю доплерометрія);
- визначають готовність жіночого організму до пологів (шкала Бішопа);
- визначають можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку.

3.2.2. План ведення пологів розробляють консиліумом за участю анестезіолога і неонатолога та узгоджують з роділлею.

3.2.3. 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** у разі доношеної вагітності приводить до збільшення числа фізіологічних пологів у головному передлежанні (А).

#### **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 для 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 (звичне невиношування, перинатальні втрати, безпліддя в анамнезі);
- багато- або маловоддя;
- багатоплідна вагітність;
- анатомічно вузький таз
- наявність рубцевих змін піхви чи шийки матки;
- III ступінь розгинання голівки за даними УЗД;
- передлежання плаценти;
- тяжка екстрагенітальна патологія;
- рубець на матці, злукова хвороба;
- гідроцефалія та пухлини шиї плода;
- аномалій розвитку матки;

- пухлини матки та придаткі в матки.

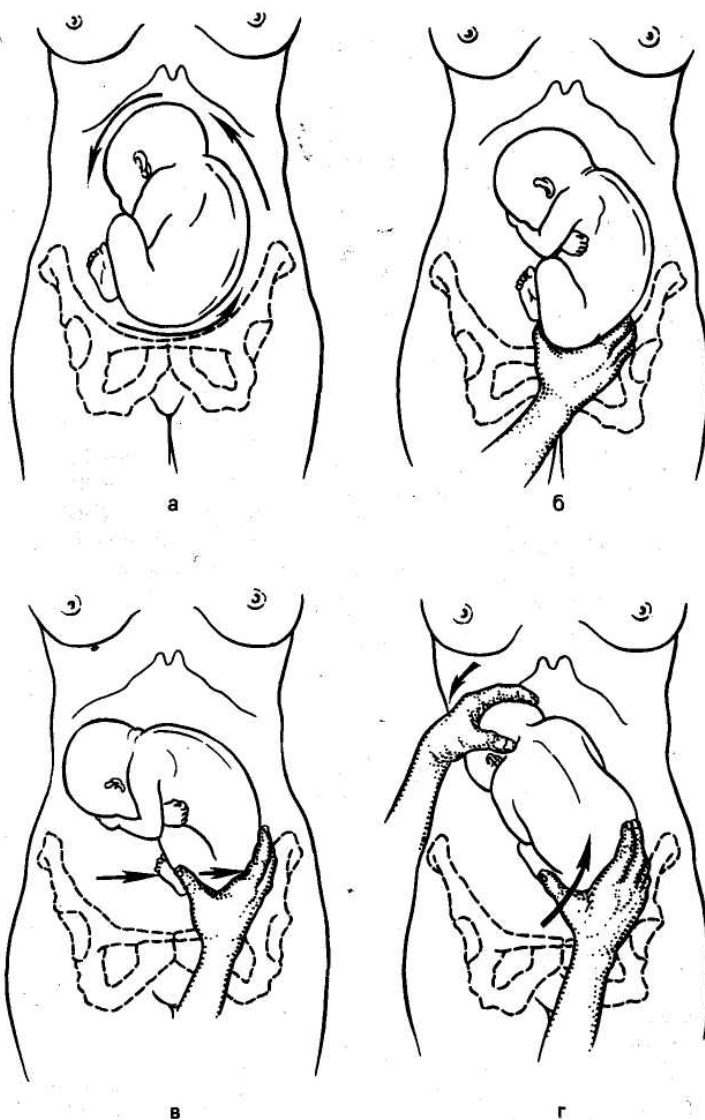


Рис.1. Техніка зовнішнього повороту плода на голівку (пояснення у тексті).

**Техніка зовнішнього повороту плода на голівку:**

- положення жінки на боці, з нахилом 30-40° в сторону спинки плода;
- сідниці плода відводять від входу малого таза долоньми і лікаря, введених

між лоном та сідницями плода (а);

- обережно зміщують сідниці плода у бік позиції плода (у разі I позиції – в бік лівої клубової ділянки) (б, в);
- зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції (у разі I позиції – в бік правої клубової ділянки) (г);
- закінчують поворот шляхом зміщення голівки плода до входу малого таза, а сідниць – до дна матки.



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

**Ускладнення:**

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

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

#### **4. Ведення пологів**

##### **4.1. Передчасні пологи** (див. відповідний протокол).

##### **4.2. Термінові пологи.**

###### **4.2.1. Консервативне ведення пологів:**

- оцінити показання, 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 (без заповнення таблиці 2 на партограмі), 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 NaCl (до 20 крапель за хвилину);
- проведення епізіотомії за показаннями; пудендальної анестезії (С);
- II період пологів ведуть у присутності анестезіолога, неонатолога.
- пологи у сідничному передлежанні має проводити досвідчений кваліфікований фахівець;

###### ***А. Неповне та повне сідничне передлежання***

###### **I. Народження сідниць та ніжок :**

- під час врізування сідниць пропонуйте жінці тужитись;
- якщо промежина погано розтягується, проведіть епізіотомію;
- дозвольте сідницям народжуватись самостійно до пупка, підтримуючи ніжки витягнутими вдовж тулуба і приведеними до живота, відповідно до біомеханізму пологів;
- великі пальці рук лікаря знаходяться на задній поверхні стегон, а чотири пальці на попереково-крижовій області плода;
- обережно підтримуйте сідниці, але не тягніть їх

***Передчасно не тягніть плід за паховий згин, сіднички, якщо для цього немає показань (дистрес плода).***

***Підтримуйте плід за стегна, не тримайте за боки та живіт, оскільки можна пошкодити нирки або печінку плода.***

###### **II. Народження ручок**

- плід, що народився до пупка захоплюють великими пальцями в області сідниць та крижів, чотири пальці розташовують у ділянці стегон спереду;
- тулуб відхиляється донизу (дозаду) поки не з'являється нижній кут лопаток. Плечики плода у цей час розташовані в прямому чи злегка косому розмірі виходу таза;
- під час тракції донизу (дозаду) із-під симфізу народжується передня ручка;
- після самостійного народження передньої ручки, піднімають сідниці до живота матері, щоб дати можливість задній ручці народитись самостійно;
- у разі, коли ручки плода не народжуються самостійно, цей стан розцінюють як закидання ручок і негайно переходять до надання класичної ручної допомоги для виведення плечового поясу плода.

#### **Класична ручна допомога з виведення ручок плода:**

- 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 плечу доходяють 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°;
- спинка плода у цей час проходить під симфізом;
- звільняють другу ручку аналогічно першій з боку крижової впадини.

### **III. Народження голівки**

**A.** У разі неускладненого перебігу пологів, відсутності закидання ручок голівка плода народжується у стані згинання:

- підводять руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя;
- асистент допомагає народженню голівки плода шляхом помірного тиску над лоном, що попереджує розгинання голівки;
- опускають тулуб плода нижче рівня промежини для формування точки фіксації підпотиличної ямки з нижнім краєм лонного зчленування;
- піднімають тулуб плода вище рівня промежини;
- голівка плода народжується у стані згинання самостійно, навколо сформованої точки фіксації.

**Б.** Якщо в пологах надавалась класична ручна допомога для виведення плечового поясу та ручок плода, народженню голівки допомагають прийомом Морісо-Левре-Ляшпель:

- підведіть руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя;
- введіть вказівний та безіменний палець цієї руки на скулові кістки плода, а середній палець в рот плода для відведення щелепи вниз і згинання голівки;
- використовуйте іншу руку для захоплення плечиків плода з боку спинки;
- вказівним і середнім пальцями верхньої руки обережно зігніть голівку плода у напрямку до грудини, доки прикладений знизу тиск на щелепу не призведе до появи межі волосистої лінії голівки плода;
- зробіть тракцію на себе;
- асистент натискує долонною поверхнею руки над лонним зчленуванням роділлі, фіксуючи голівку плода у положенні згинання;
- обережно зробіть тракцію догори (вперед) для народження голівки плода у зігнутому положенні.

### **Б. Ножне передлежання:**

У випадку ножного передлежання розродження проводять шляхом кесарева розтину (А). Проводять пологи через природні статеві шляхи у разі ножного передлежання лише у наступних випадках:

- у II періоді пологів – надають ручну допомогу за методом Н.А.Цов'янова II з метою повного розкриття шийки матки і опускання сідниць плода;
- народження другого плода у разі багатоплідної вагітності;

**4.2.2.** У разі дистресу плода у II періоді пологів (сіднички плода на тазовому дні або врізуються) розродження проводять шляхом операції екстракції плода за паховий згин

### **4.2.3. Показання до кесаревого розтину :**

- очікувана маса плода 3700,0 і більше;
- ножне передлежання плода;

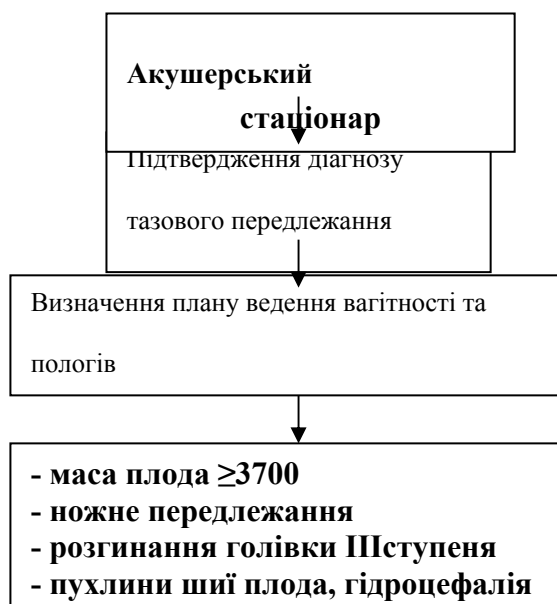
- розгинання голівки плода III ступеня за даними УЗД;
- пухлини шиї плода та гідроцефалія.

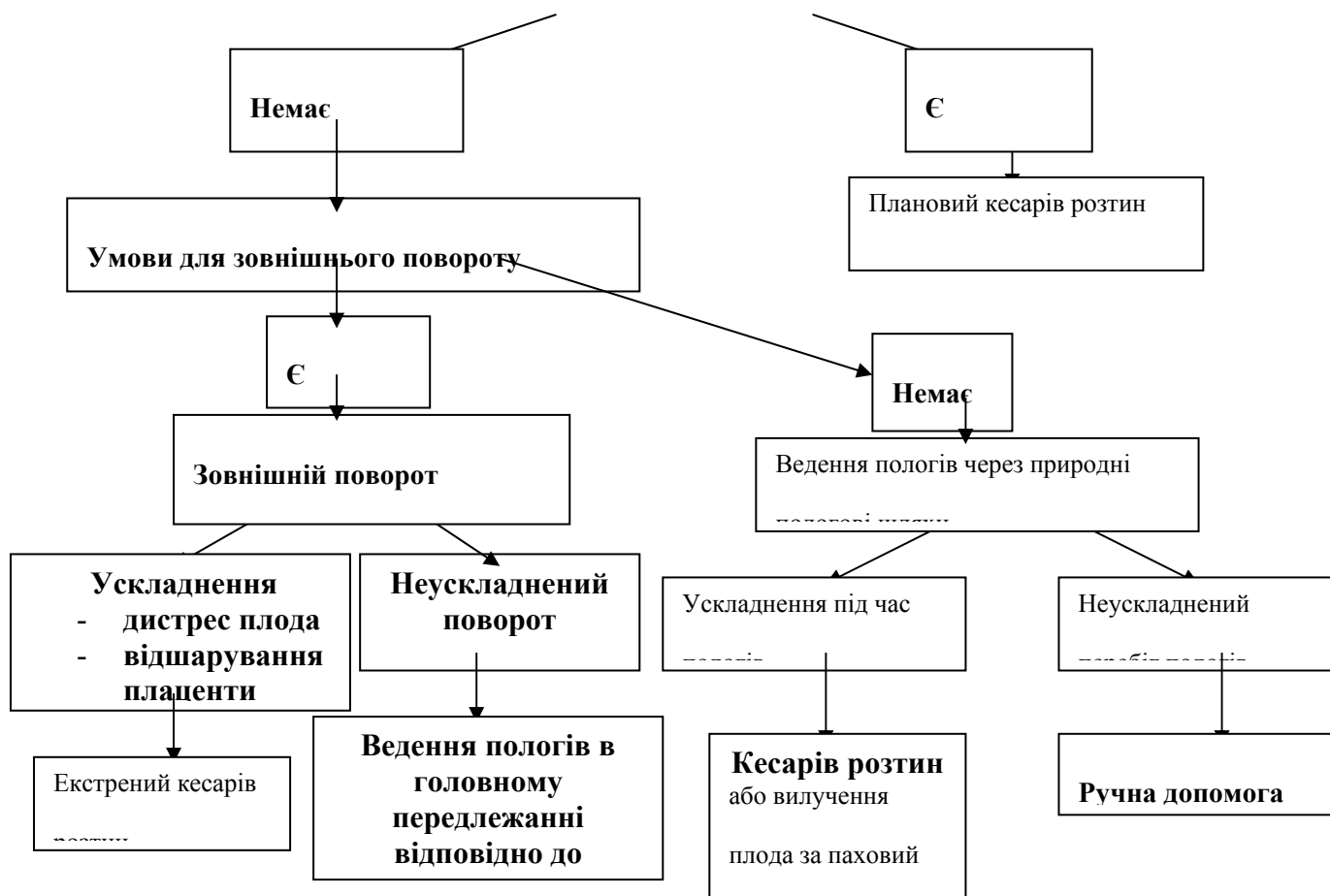
Операцію проводять типово за сучасними методиками, інтраперитонеально з профілактичним введенням антибіотиків, утеротонічних препаратів, сучасним шовним матеріалом (див. протокол “Кесарів розтин”). Під час кесарева розтину вилучення плода проводять, відповідно до біомеханізму пологів у разі тазового передлежання через природні пологові шляхи.

### Алгоритм ведення вагітної з тазовим передлежанням плода у жіночій консультації



### Алгоритм ведення вагітної з тазовим передлежанням плода в акушерському стаціонарі





### VIII. Основна література для опрацювання

1. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
2. Оперативное акушерство: Руководство для врачей / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев. – К.: Гидромакс, 2004. – 468 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
4. Клінічний протокол з акушерської допомоги (Наказ МОЗ України № 977 від 27.12.2011 ).– Київ, 2012.— 16 с.
5. Жилиев Н.И. Оперативное акушерство / Н.И. Жилиев, Н.Н. Жилиев. — Киев: Гидромакс, 2004. — 468 с.
6. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Хирургическая техника операции кесарева сечения. — М.: Миклош, 2007. — 168 с.
7. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агенство, 2014.-497 с.

Методичну розробку практичного заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська.

16.02.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 8 від 03.02.2015 року

Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р.