

**Государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение республики Дагестан « Дербентский медицинский колледж»
Имени Г.А. Илизарова**

**Учебно – методический комплекс
практического занятия для студентов**

**акушерское дело _____
по предмету « Акушерство»**

**Раздел:
« Тазовые предлежания плода »**

**Рассмотрена и утверждено
На заседании ЦМК акушерства
и гинекологии
Преподаватель :
Алекперова Л.Б.**

Дербент

Пояснительная записка

Данное пособие обучающего типа создано, как один из вариантов помощи в самостоятельной работе для студентов 3 курса, специальности « Акушерское дело».

Информация систематизирована, имеется необходимый теоретический и практический материал.

Предусматривается использование дополнительного дидактического материала для более эффективной самостоятельной работы, как в подготовке, так и на практическом занятии.

Методический комплекс составлен с целью:

1. Научить студентов осмыслить исключительную возможность применения полученных теоретических знаний на практике;
2. Прививать студентам чувство долга, ответственности, требовательности к себе;
3. Прививать любовь к выбранной профессии.

Содержание обучения переведено в задачи и задания для студентов на уровне профессионально – практической деятельности, максимально приближенной к реальной работе акушерки. Формирование навыков на технике выполнения манипуляций обеспеченно алгоритмом выполнения с обоснованием каждого этапа.

Профессионально интеллектуальные навыки по технике выполнения процедур и манипуляций отрабатываются путем решения задач с применением алгоритмических схем.

При контроле знаний учитывается не только качество выполнения процедур и манипуляций, но обязательное теоретическое обоснование, а также самостоятельное выполнение приобретенных навыков и умений.

Данная тема изучается:

На лекционных занятиях _____

На практических занятиях _____

Рецензия

В работе представлен материал, раскрывающий основные понятия темы, способствующие формированию у студентов четких знаний, умений, а впоследствии профессионализма.

Преподаватель грамотно, творчески решил проблему построения методического комплекса и представил следующую его структуру:

Пояснительная записка

Учебно – методические планы занятий:

Лекционного

Практического

Схемы интеграции

Схемы, таблицы

Список используемой литературы, используемой преподавателем при написании методического пособия

Для изучения темы, закрепления знаний разработан дидактический материал:

Конспект темы, глоссарий, тесты, контрольные вопросы , ситуационные задачи.

Автором тщательно продуманна методика организации лекционного и практического курса изучения данной темы, наряду с традиционными методами используются активные методы обучения и контроля.

Учебно – методический комплекс составлен в соответствии с программой обучения и может быть использована, студентами и преподавателями в качестве пособия для изучения темы: « Тазовые предлежаия плода»

Мотивация темы:

Долгое время дискутировался вопрос о том, относятся ли роды в тазовом предлежании к физиологическим или патологическим. Сейчас этот вопрос решен однозначно. Большое число осложнений при беременности и в родах, травмы плода, связанные, в том числе с ручными пособиями при извлечении плечевого пояса и головки, диктует необходимость относить тазовые предлежания плода к патологии. Так, при сохраняющемся тазовом предлежании можно ожидать увеличение частоты следующих явлений:

- 1) Перинатальная заболеваемость и смертность
- 2) Снижение веса плода при рождении за счет преждевременных родов
- 3) Выпадение пуповины
- 4) Предлежание плаценты
- 5) Аномалии плода и новорожденного
- 6) Пороков развития и опухолей матки
- 7) Многоплодная беременность
- 8) Оперативных вмешательств

Поэтому актуальной проблемой современного акушерства является: профилактика и ранняя диагностика тазовых предлежаний плода.

Сохранение жизни женщины и внутриутробного плода зависит:

1. От быстроты правильно поставленного диагноза
2. Оказания квалифицированной неотложной медицинской помощи.

Содержание

1. Мотивация темы
2. План проведения лекционного занятия
3. Опорный конспект лекции
4. План практического занятия
5. Пре – тест
6. Пост –тест
7. Ситуационные задачи
8. Глоссарий
9. Список используемой литературы

План проведения лекционного занятия

Тип занятий – лекция

Продолжительность _____

Место проведения – лекционный зал « Акушерства и гинекологии»

Цели:

Учебные цели:

1. Разобрать классификацию, основные причины возникновения и диагностику тазовых предлежаний плода
2. Разобрать особенности течения и ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода

Воспитательная цель:

Воспитывать у студентов чувство ответственности за жизнь и будущее здоровье матери и ребенка

Развивающая цель:

Развивать у студентов способность логически мыслить, принимать правильные решения в той или иной клинической ситуации

Оснащения

1. Таблицы и плакаты по теме
2. Фантом
3. Кукла
4. Стетоскоп
5. См. лента
6. Инструменты Оснащение: фантом, кукла, модель костного таза, таблицы с видами тазового предлежания плода и моментами биомеханизма родов, акушерскими пособиями по Цовьянову, основными моментами классического ручного пособия, осложнениями родов (запрокидывание ручек, разгибание головки, образование заднего вида), диапозитивы, видеофильмы.

Распределение времени

Организационный момент -2 мин

1. Постановка целей и задач- 3 мин
2. Изложение нового материала -75 мин
3. Закрепление материала – 10 мин

План лекции :

1. Тазовые предлежания плода. Частота встречаемости и классификация
2. Этиология и диагностика тазовых предлежаний плода
3. Течение беременности и родов при тазовых предлежаниях
4. Роды при тазовых предлежаниях
5. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях
6. Ведение беременности и родов (ручное пособие при чистом ягодичном предлежании по методу Цовьянова 1 и ручное пособие при ножных предлежаниях по методу Цовьянов 2)

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ: Роды при тазовых предлежаниях могут протекать совершенно нормально, однако во время родов часто возникают осложнения, имеющие неблагоприятные последствия для плода, а иногда и для матери. Асфиксия плода, родовые травмы и мертворождаемость при тазовых предлежаниях значительно выше, чем при головном (в 3-5 раз выше). Возникающие осложнения при тазовых предлежаниях вызывают необходимость применения пособий и хирургических вмешательств, число которых значительно выше, чем во время родов при головном предлежании. В связи с этим роды при тазовых предлежаниях рассматриваются как патологическими. По современным данным, тазовые предлежания встречаются у 3-4 % рожениц. При преждевременных родах (многоплодной беременности) тазовые предлежания встречаются чаще, чем при своевременных. Роды при тазовом предлежании плода существенно отличаются от таковых при головном предлежании. Основным отличием является высокая перинатальная смертность, превышающая потерю детей при родах в головном предлежании в 4-5 раз.

Тазовое предлежание встречается в среднем в 3,5% всех родов. При преждевременных родах и многоплодии частота тазовых предлежаний плода увеличивается в 1,5-2 раза.

80 из 1000 детей, родившихся в тазовом предлежании, имеют травмы центральной нервной системы (кровоизлияния в мозжечок, субдуральные гематомы, травмы шейного отдела спинного мозга и разрывы мозжечкового намета). Общая частота заболеваемости новорожденных при родах в тазовом предлежании составляет 15-16%.

При тазовых предлежаниях могут быть следующие варианты членорасположения плода:

чистоягодичное предлежание, когда ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных суставах и прижимают ручки к туловищу плода,

смешанное ягодичное предлежание (предлежат ягодицы и стопы плода, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах - плод "сидит по-турецки"),

ножные предлежания - полное (предлежат обе ножки) или неполное (предлежит одна ножка). Редко встречается коленное предлежание, которое может быть полным и неполным.

ЭТИОЛОГИЯ. Причинами возникновения тазовых предлежаний могут быть чрезмерная подвижность плода при недоношенной беременности, многоводии, ограниченная подвижность плода при многоплодной

беременности, маловодии, предлежании плаценты, препятствиях к установлению головки во входе в таз при узком тазе, опухолях матки и ее придатков, пороках ее развития, когда имеет место несоответствие формы плода и формы матки.

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ.

Биомеханизм родов при чисто ягодичном предлежании.

В конце беременности и в начале родов ягодичи стоят своим поперечным размером (*linea intertrochanterica*) над одним из косых размеров входа в таз (при переднем виде первой позиции - над левым косым размером). При влагалищном исследовании межвертельная линия (*linea intertrochanterica*) выполняет роль стреловидного шва, а роль малого родничка - крестец и копчик плода. Дополнительными ориентирами служат: седалищные бугры, межъягодичная борозда, заднепроходное отверстие, наружные половые органы и стопы плода (при смешанном ягодичном предлежании).

Продвижение плода по родовому каналу начинается обычно после излития околоплодных вод.

Первый момент - внутренний поворот ягодич. Он начинается при переходе ягодич из широкой части полости малого таза в узкую. Поворот совершается таким образом, что в выходе таза поперечный размер ягодич оказывается в прямом размере таза, передняя ягодича подходит под лонную дугу, задняя же устанавливается над копчиком. При этом туловище плода подвергается незначительному боковому сгибанию, обращенному выпуклостью кзади в соответствии с изгибом оси таза. Ведущая точка расположена на передней ягодиче.

Второй момент - боковое сгибание поясничной части позвоночника плода.

Дальнейшее поступательное движение плода приводит к образованию точки фиксации (передняя подвздошная кость плода) и точки опоры (нижний край лонного сочленения), что способствует большему боковому сгибанию позвоночника плода. При этом задняя ягодича выкатывается над промежностью и вслед за ней из-под лонного сочленения окончательно выходит передняя ягодича. В это время плечики вступают своим поперечным размером в тот же косой размер входа в таз, через который прошли и ягодичи. Туловище при этом поворачивается спинкой несколько кпереди.

Третий момент - внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища.

Этот поворот происходит в узкой части полости малого таза и завершается установлением плечиков в прямом размере выхода. При этом спинка

поворачивается в сторону, переднее плечико плода проходит под лонную дугу, а заднее устанавливается впереди копчика над промежностью.

Четвертый момент - боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника.

Благодаря поступательному движению плода образуется вторая точка фиксации на переднем плече плода в месте прикрепления дельтовидной мышцы (верхняя треть плечевой кости). Точкой опоры является нижний край лона. Под действием родовых сил происходит сгибание туловища в шейно-грудном отделе позвоночника и рождение из родового канала плечевого пояса и ручек. В это время головка вступает своим малым косым размером в косой размер входа в таз, противоположный тому, в котором проходили плечики плода.

Пятый момент - внутренний поворот головки.

При переходе из плоскости широкой части полости малого таза в узкую головка совершает внутренний поворот, в итоге которого стреловидный шов оказывается в прямом размере выхода, а подзатылочная ямка (третья точка фиксации) фиксируется под лонным сочленением.

Шестой момент - сгибание головки.

Следствием этого является прорезывание головки: последовательно выкатываются над промежностью подбородок, рот, нос, лоб и темя плода. Прорезывается головка малым косым размером, как и при затылочном предлежании. Реже наблюдают прорезывание головки подзатылочно-лобным размером, что приводит к сильному растяжению промежности и, обычно, к ее разрыву.

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ СМЕШАННОМ ЯГОДИЧНОМ И НОЖНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ.

Биомеханизм родов при данных предлежаниях отличается тем, что первыми из половой щели показываются вместо ягодич либо ягодичы и ножки плода (при смешанном ягодичном предлежании), либо ножки (при полном ножном предлежании) или ножка (при неполном ножном предлежании). В последнем случае разогнутой (предлежащей) ножкой бывает, как правило, передняя. Родовая опухоль при ягодичных предлежаниях располагается на ягодичах, которые от этого становятся отечными и сине-багровыми. Часто родовая опухоль переходит с ягодич на наружные половые части плода, что проявляется отеком мошонки или половых губ. При смешанном ягодичном и ножных предлежаниях родовая опухоль расположена на передней ножке.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.

Течение беременности при тазовых предлежаниях не отличается от течения беременности при головных предлежаниях. Роды при тазовом предлежании могут закончиться самопроизвольно, без осложнений. Однако течение родов при тазовом предлежании отличается от течения родов при головном предлежании рядом особенностей, которые могут оказаться опасными для плода, а иногда и для матери. Особенно неблагоприятны роды при тазовом предлежании для плода. Учитывая возможность развития осложнений в родах, все беременные с тазовыми предлежаниями должны быть госпитализированы в родильный дом за две недели до предполагаемого срока родов.

С самого начала родов могут возникать осложнения. Раскрытие зева обычно идет медленнее, даже при целом плодном пузыре. Ягодицы довольно долго находятся над входом в таз, не образуется пояс прилегания, не происходит разделения вод на передние и задние. Это ведет к развитию первичной слабости родовой деятельности, раннему излитию околоплодных вод и, нередко, к выпадению петли пуповины. Длительное течение первого периода родов и безводного промежутка способствует развитию внутриутробного страдания плода.

Период изгнания нередко осложняет вторичная слабость родовых сил. Особенно это опасно в тех случаях, когда потуги прекращаются в то время, когда ягодицы встали в полость малого таза. Если при этом возникает показание к родоразрешению со стороны матери или плода, выполнить это, обычно, не удастся без риска нанести серьезную травму матери и особенно плоду.

Серьезным осложнением родов при ножном предлежании является преждевременное изгнание плода при недостаточно раскрывшемся маточном зеве, когда ножки после излития околоплодных вод опускаются в родовые пути и энергично раздражают их стенки, усиливая этим родовую деятельность. Ножки, а затем ягодицы и туловище начинают быстро продвигаться вперед при недостаточно еще сглаженной и раскрытой шейке матки. В результате более плотная и крупная часть плода - головка - не в состоянии пройти через недостаточно раскрытый или спазмированный шейный зев, что приводит к асфиксии и гибели плода, а при попытке извлечь задержавшуюся головку, кроме того, и к разрыву шейки матки или даже нижнего сегмента матки.

При прохождении головки по родовому каналу всегда имеет место прижатие петли пуповины головкой к стенкам таза. При задержке рождения головки это может привести к внутричерепной травме плода, асфиксии и его гибели. Кроме того, возможно развитие таких осложнений, как образование заднего вида и запрокидывание ручек. Длительное течение родов и длительный

безводный промежуток способствуют развитию инфекции у матери и новорожденного.

Таким образом, при ведении родов в тазовом предлежании плода следует чаще прибегать к плановому или экстренному родоразрешению путем кесарева сечения. Акушерская или экстрагенитальная патология у беременных при тазовом предлежании являются основанием для выполнения планового кесарева сечения.

Осложнения во время родов - слабость родовой деятельности, гипоксия плода, предлежание плаценты и др. должны являться показаниями для экстренного проведения кесарева сечения. Особое место занимает крупный плод или плод с малой массой тела. Крупным плодом при тазовых предлежаниях считают плод с массой тела 3600г и более. Самопроизвольные роды при тазовом предлежании оправданы при средней массе тела плода, отсутствии тяжелых заболеваний и акушерских осложнений у матери; в остальных случаях более оправдано кесарево сечение.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ.

При ведении родов при тазовых предлежаниях следует учесть, что хотя плод лежит в матке продольно с типичным членорасположением и, следовательно, роды в этих случаях являются физиологическими, однако, они легко переходят в патологические. Наиболее серьезные осложнения, как, например, спазм внутреннего зева, образование заднего вида, нарушение членорасположения плода возникают, как правило, от несвоевременного или неуместного вмешательства в естественное течение родов.

Ведение периода раскрытия.

Основной задачей при ведении первого периода родов при тазовых предлежаниях считают сохранение целостности плодного пузыря до наступления полного или почти полного открытия шейки матки. Для этого роженицу укладывают в кровать в положение на боку. Роженицу укладывают на ту сторону, где находится спинка плода, что препятствует предлежанию и выпадению пуповины. Мочеиспускание и дефекацию она должна производить на подкладном судне.

Операцию кольпеприза при тазовых предлежаниях плода в настоящее время не применяют.

В первом периоде родов целесообразно проводить наблюдение за состоянием плода и родовой деятельностью.

Независимо от целостности плодного пузыря необходимо осуществлять профилактику внутриутробной гипоксии плода внутренним введением

препаратов, улучшающих микроциркуляцию и маточно-плацентарный кровоток через каждые 2-3 часа.

При несвоевременном (дородовом или раннем) излитии околоплодных вод с целью подготовки шейки матки к родам или для родовозбуждения назначают простагландины внутривенно капельно или в виде свечей и гелей во влагалище. Если через 3-4 часа хорошая родовая деятельность не развивается, роды необходимо закончить операцией кесарева сечения.

При возникновении в родах слабости родовой деятельности родостимуляцию должны производить только при открытии шейки матки на 5 см и более, при меньшем открытии шейки матки роды в интересах плода должны быть закончены операцией кесарева сечения.

Ведение периода изгнания.

В периоде изгнания тактика врача должна быть выжидательной.

Роженица лежит на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами; подошвы обеих ног упираются в матрац. В таком положении она в состоянии развить хорошую потужную деятельность, что является непременным условием правильного ведения родов в тазовом предлежании. При тазовых предлежаниях клинически различают четыре этапа родов: рождение плода до пупка, от пупка до нижнего угла лопаток, рождение плечевого пояса и рождение головки. Как только плод рождается до пупка, головка начинает вставляться во вход в малый таз и прижимает пуповину. Если с момента рождения плода до пупка роды не заканчиваются в течение ближайших 5 минут, то плод родится в асфиксии. Если же это время составит 10 минут и больше, то плод, обычно, погибает. В случае отсутствия мониторингового контроля сердцебиения плода при тазовых предлежаниях в периоде изгнания необходимо выслушивать после каждой потуги.

Следует помнить, что в периоде изгнания при тазовых предлежаниях нередко наблюдается заметное ускорение сердцебиения плода вследствие раздражения п. splanchnicus в результате сдавления животика плода ножками. Это не должно быть показанием к оперативному родоразрешению.

Физиологическим является и выделение мекония при тазовых предлежаниях.

Для предупреждения спазма шейки матки после прорезывания ягодиц необходимо внутривенное введение спазмолитиков. До прорезывания ягодиц вмешиваться в течение родов не следует. Как только ягодицы начали врезываться, роженицу укладывают на поперечную кровать. Во время потуг ей рекомендуют прижимать руками бедра к животу. Особенно важно это делать в конце периода изгнания: уменьшающийся при этом угол наклона таза способствует более легкому прохождению головки через таз. При

прорезывании ягодич с целью ускорения второго периода родов всегда показана перинео- или эпизиотомия. После прорезывания ягодич при чисто ягодичном предлежании приступают к оказанию роженице ручного пособия по методу Н. А. Цовьянова. Основная цель, которую преследует метод Цовьянова, - сохранить физиологическое членорасположение плода (ножки вытянуты и прижаты к туловищу скрещенными в области грудной клетки ручками плода) и обеспечить продвижение плода по проводной линии таза.

Потужная деятельность приводит к быстрому рождению плода до пупочного кольца, а вслед за этим и до нижних углов лопаток. При этом поперечник плода переходит в один из косых размеров, а к моменту рождения плечевого пояса - в прямой размер выхода. Ягодицы плода необходимо направлять несколько книзу, чтобы облегчить рождение передней ручки из-под лонной дуги. Для рождения задней ручки туловище плода приподнимают кверху и из крестцовой впадины освобождают заднюю ручку. После этого в глубине зияющей половой щели роженицы становится видным подбородок, ротик и ноздри плода. При нормальной потужной деятельности, для освобождения головки плода достаточно направить ягодичы плода книзу и кпереди, и головка рождается без какого-либо дополнительного вмешательства.

Основная цель, которую преследует метод ручного пособия при ножном предлежании (метод Цовьянова – II), сводится к предупреждению рождения ножек плода до полного раскрытия маточного зева. Для этого, покрыв половую щель роженицы стерильной пленкой, ладонной поверхностью правой руки, приставленной к половой щели, противодействуют преждевременному рождению ножек. Во время каждой потуги плод как бы "садится на корточки" внутри полового канала. В связи с этим ягодичы оказывают давление на шейный канал и способствуют его раскрытию. Ягодицы плода опускаются во влагалище и образуют с находящимися там ножками смешанное ягодичное предлежание. Противодействие рождающимся ножкам следует оказывать до тех пор, пока не наступило полное раскрытие маточного зева, на что указывает сильное выпячивание промежности предлежащей частью, зияние заднепроходного отверстия, частые и энергичные потуги, стояние контракционного кольца на 5 поперечных пальцев выше лона. Когда ягодичы опускаются до преддверия влагалища, ножки плода, несмотря на оказываемое им противодействие, начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушера. Это соответствует полному открытию маточного зева. Как только установлено полное раскрытие маточного зева, противодействия ножкам больше не оказывают, и ножки, а вслед за ними ягодичы и туловище плода рождаются без затруднений до пупочного кольца, а затем до нижних углов лопаток. После рождения туловища до нижних углов лопаток, в связи с нарушением физиологического членорасположения плода - оказывают классическое

ручное пособие при тазовых предлежаниях (освобождение плечевого пояса и освобождение последующей головки плода).

Освобождение плечевого пояса складывается из двух моментов.

Первый момент - освобождение заднего плечика и ручки. Для этого плод захватывают рукой за обе голени, а туловище приподнимают вверх и отводят в сторону, пока ножки не займут положение, параллельное паховому сгибу, противоположному стороне освобождаемой ручки. После этого два или четыре пальца вводят в родовые пути со стороны той половины крестцовой впадины, к которой обращена спинка плода, до тех пор, пока они не дойдут до плечика плода, и, обогнув его, до локтевого сустава. Сгибают руку в этом суставе и, надавливая на предплечье, выводят ее из родовых путей по передней поверхности грудной клетки плода умывательным движением. Одновременно с выведением задней ручки передняя часто рождается сама. Если этого не произошло, приступают ко второму моменту освобождения плечевого пояса - освобождению переднего плечика и ручки. Для этого необходимо предварительно перевести переднюю ручку кзади. С этой целью захватывают обеими руками туловище с родившейся ручкой в области грудной клетки и поворачивают его в косой размер таза, противоположный тому, в котором оно находится. При этом нужно следить за тем, чтобы спинка, а, следовательно, и затылок были обращены кпереди к лону. Освобождение последующей головки - складывается из двух моментов: сгибания головки и ее выведения из половой щели. Первый момент - сгибание головки - достигают следующим образом. Плод сажают на предплечье врача с перекинутыми по обе стороны его ножками. Указательный и средний пальцы той же руки осторожно прижимают к верхней челюсти по сторонам носика, средний палец приставляют к подбородку, одноименные пальцы второй руки прижимают к плоду, причем средним пальцем надавливают на затылок, а остальные два пальца вилообразно располагают по бокам шеи, не надавливая на ключицы. Ладонь плотно прилегает к спинке плода. После этого палец, приставленный к подбородку, бережно приближает его к грудке плода, приставленный же к затылку - давит на затылок. Такое сочетанное воздействие на головку заставляет ее совершить сгибание. Одновременно с этим и при том же положении рук врача осуществляется и второй момент операции - прорезывание головки. Для этого производят влечение головки сначала кзади, до появления волосистой части (подзатылочная ямка, точка фиксации), затем книзу и кпереди. Благодаря этому над промежностью выкатывается рот, нос, лоб и, наконец, затылок. По методу Морисо-Левре для сгибания головки указательный и средний пальцы врач вводит в ротик плода.

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия "тазовое предлежание плода".
2. Классификация тазовых предлежаний плода.
3. Частота тазового предлежания плода.
4. Этиология тазовых предлежаний плода.
5. Диагностика тазовых предлежаний плода.
6. Моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода.
7. Особенности течения беременности при тазовом предлежании лода.
8. Особенности течения и осложнения первого периода родов при тазовом предлежании плода.
9. Особенности течения и осложнения второго периода родов при тазовом предлежании плода.
10. Современные показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода.
11. Методы ручных пособий, применяемых в родах при тазовых предлежаниях плода.
12. Осложнения, возникающие при оказании пособий по Цовьянову в родах при тазовом предлежании плода.
13. Классическое акушерское пособие при тазовом предлежании плода.

Тема: « Тазовые предлежания плода»

Тип занятия – практическое занятие

Оснащение :

Плакаты

Фантом

Кукла

См.лента

Стетоскоп Оснащение: фантом, кукла, модель костного таза, таблицы с видами тазового предлежания плода и моментами биомеханизма родов, акушерскими пособиями по Цовьянову, основными моментами классического ручного пособия, осложнениями родов (запрокидывание ручек, разгибание головки, образование заднего вида), диапозитивы, видеофильмы.

Место проведения – доклинический кабинет акушерства и гинекологии

Цели занятия

Учебные :

1. Научить собирать анамнез, измерять рост, вес, отработать приемы наружного и внутреннего акушерского исследования.
2. Научиться распознать тазовые предлежания плода
3. Научиться оказывать доврачебную помощь

Воспитательная :

Воспитывать чувство ответственности за жизнь матери и плода

Развивающая – развить клиническое мышление , профессиональные качества акушерки.

Требования к знаниям и умениям

Знания

Виды тазовых предлежаний

Методы диагностики

Осложнения и неотложная помощь

Умения

Распознать тазовые предлежания

Выполнить назначения врача

Оказать доврачебную помощь

Навыки

1. Приемы наружного акушерского исследования
2. Определение ПМП
3. Подсчет схваток
4. Влагалищное исследование
5. Введение лекарственных средств
6. Ручное пособие при чисто ягодичном и ножном предлежании(по методу Цовьянову 1 и Цовьянову 2)

Стандарт по теме

1. Студент должен повторить темы занятий:

- а) Физиология беременности
- б) Плод, как объект родов
- в) Методы исследования и диагностика беременности
- г) Роды. Течение родов
- г) Ведение родов

2. Студент должен знать:

- а) Содержание лекционного материала
- б) Основные понятия по теме, алгоритмы выполнения манипуляций
- в) Правила деонтологии в общении с беременной женщиной и со своими коллегами по работе

3. Студент должен уметь:

- а) Осознано подходить к изучению нового материала
- б) Дифференцировать первостепенную и второстепенную информацию
- в) Четко и быстро выполнять манипуляции, соответствующие алгоритмам
- г) Адекватно реагировать на клиническую ситуацию и безошибочно действовать по намеченному плану.

Студент должен уметь: наружными методами обследовать беременную и роженицу, диагностировать тазовые предлежания плода; на фантоме продемонстрировать все моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода; распознавать их при внутреннем исследовании; определить место нахождения предлежащей части в родовом канале; оказать ручное пособие по Цовьянову; классическое акушерское пособие; продемонстрировать выведение головки плода по методу Мориссо-Левре- Ла Шапель; поставить диагноз и определить тактику ведения родов (роды через естественные родовые пути или операция кесарева сечения).

Время занятия – 180 мин

1. Организационный момент – 2 мин
2. Сообщение темы, целей, плана – 4 мин
3. Опрос по теме (фронтальный) – 20 мин
4. Пре тест - 10 мин
5. Опрос по теме – 60 мин
6. Решение клинических задач – 30 мин
7. Решение тестовых заданий – 10 мин
8. Заполнение рабочих тетрадей - 30 мин
9. Оформление дневников - 10
10. Подведение итогов занятия, задание на дом-4 мин

Пре – тест

1) При тазовом предлежании ЛФК для коррекции рационально проводить при сроке беременности:

а. 20-26 недель

б. 30-35 недель

в. 36-39 недель

г. В родах

2) ЛФК для коррекции тазового предлежания противопоказано:

а. При сроке беременности 30-35 недель

б. При рубце на матке

в. У беременных старше 30 лет

г. У беременных с миопией средней степени

3) При тазовом предлежании показано:

а. Плановая операция Кесарево сечение

б. Плановая госпитализация за 2 недели до родов

в. Поворот плода на ножку

г. Досрочное вскрытие плодного пузыря

4) При ножном предлежании плода показано:

а. Пособие по Цавьянову 1

б. Пособие по Цавьянову 2

в. Поворот по Брекстану-Гиксу

г. Досрочное вскрытие плодного пузыря

5) Пособие по Цавьянову 1 проводится:

а. При ножном предлежании

б. При чистом ягодичном предлежании

в. При поперечном положении

г. При косом положении плода

6) Для профилактики осложнений при тазовом предлежании в начале второго периода родов в/в вводят:

а. Окситоцин

б. Метилэргометрин

в. Но-шпу

г. Промедол

7) Пособие по Цавьянову 1 применяется с целью:

а. Исправление положения плода

б. Сохранение членорасположения плода

в. Родостимуляция

г. Профилактика кровотечения

8) При тазовом предлежании головка прорезывается:

а. Большим косым размером

б. Средним косым размером

в. Малым косым размером

г. Прямым размером

9) Для выведения головки при тазовом и ножном предлежании применяется метод:

а. Кредо-Лазаревича

б. Кюстнера-Чукалова

в. Мориссо-Левре

г. Уилта-Иванова

10) При запрокидывании передней ручки:

а. Нужно извлечь ее из под лона

б. Перевести переднюю ручку в заднюю и извлечь ее умыват-и движениями

в. Применить метод Крестеллера

г. Применить бинт Вербова

11) В случае родов при ножном предлежании с массой 3.800 гр. наиболее рационально применение:

а. Кесарево сечение

б. Родостимуляция

в. Перинеотомия

г. Классическое акушерское пособие

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ.

Пост - Тесты (укажите верные ответы).

1. Тазовое предлежание плода является:

- А. нормой
- Б. патологией
- В. пограничным состоянием

2. Укажите какие варианты предлежания относятся к тазовому:

- А. чисто ягодичное
- Б. смешанное ягодичное
- В. ножное предлежание
- Г. все вышеперечисленные

3. Укажите наиболее благоприятный для родоразрешения через естественные родовые пути вид тазового предлежания:

- А. чисто ягодичное
- Б. смешанное ягодичное
- В. ножное предлежание

4. Укажите факторы, способствующие возникновению тазового предлежания:

- А. многоводие
- Б. маловодие
- В. множественная миома матки
- Г. все вышеперечисленные

5. Осложнение для плода, которое не может возникнуть в родах при тазовом предлежании:

- А. кефалогематома
- Б. разрыв мозжечкового намета

В. повреждение спинного мозга

Г. повреждение плечевых сплетений

6. Какой момент не относится к механизму родов при тазовом предлежании плода:

А. внутренний поворот ягодиц

Б. боковое сгибание поясничной части позвоночника плода

В. внутренний поворот плечиков

Г. боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника плода

Д. внутренний поворот головки (затылком кпереди)

Е. сгибание головки

Ж. внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки

7. Какое условие не является обязательным для проведения наружного акушерского поворота при тазовом предлежании плода:

А. срок беременности более 36-37 нед.

Б. УЗИ- контроль за проведением процедуры

В. введение бета-миметиков для снижения тонуса матки

Г. подвижность плода

Д. паритет

Е. отсутствие акушерской патологии

8. Какое условие является противопоказанием для родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода :

А. доношенная беременность

Б. нормальные размеры таза

В. средние размеры плода

Г. ножное предлежание плода

Д. согнутая головка плода

Е. «зрелая» шейка матки

9. Показаниями к плановому кесареву сечению при тазовом предлежании плода являются все, кроме:

А. масса плода ниже 2 000 г и выше 3 600-3 800 г

Б. сужение размеров таза

В. пороки развития половых органов

Г. нарушение состояния плода (ВЗРП II и III степени, гемолитическая болезнь плода, хроническая внутриутробная гипоксия)

Д. чисто ягодичное предлежание у первородящих

Е. неподготовленность родовых путей при переносенной
Беременности

10. Показаниями к экстренному кесареву сечению при тазовом предлежании плода являются все, кроме:

А. излитие околоплодных вод при неподготовленной шейке матки

Б. ножное предлежание плода

В. аномалии родовой деятельности

Г. признаки гипоксии плода

Д. масса плода 3500 г

11. Какое пособие применяют во втором периоде родов для сохранения нормального членорасположения плода при чисто ягодичном предлежании:

А. пособие по Цовьянову

Б. наружный акушерский поворот по Архангельскому

В. экстракция плода за тазовый конец

Задача 1.

В родильное отделение поступила первородящая 28-ти лет с доношенной беременностью, без родовой деятельности, с излитием околоплодных вод два часа тому назад. Данная беременность - вторая. Первая закончилась медицинским абортom на сроке 8 недель беременности, без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, Родовой деятельности нет. АД 110/70, 110/70 мм рт. ст., рост 165 см, вес 71 кг. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Индекс Соловьева - 15 см. Ромб Михаэлиса 11x11 см. Окружность живота 99 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Предполагаемая масса плода 3500,0 -3600,0 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. При влагалищном исследовании шейка матки отклонена несколько кзади, длиной 2,5 см, плотная, цервикальный канал с трудом проходим для одного пальца. Плодного пузыря нет. Предлежит тазовый конец плода, прижат ко входу в малый таз. Подтекают светлые околоплодные воды. По данным УЗИ смешанное ягодичное предлежание, предполагаемая масса плода 3500-3600г.

Задание

Диагноз.

План.

Задача 2.

В родильное отделение поступила повторнородящая 32-ти лет со сроком беременности 39 недель с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение четырех часов. Из анамнеза: данная беременность вторая, первая беременность закончилась своевременными родами в головном предлежании, масса ребенка 3800 г., без осложнений. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 71 кг. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Индекс Соловьева - 15. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х11 см. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Предполагаемая масса плода 3400,0 г. Объективно: схватки через 6-7 минут по 35 секунд хорошей силы, умеренной болезненности. Положение плода продольное, спинка определяется слева, мелкие части плода - справа. В дне матки определяется головка плода, предлежит тазовый конец, прижат к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Воды целы. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, податливые, открытие 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода, прижаты к входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ: чисто ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении, предполагаемая масса плода 3,300-3,400.

Задание

Диагноз.

План ведения

Задача 3.

В отделение патологии беременности поступила повторно беременная 30-ти лет со сроком беременности 39 недель. Из анамнеза: первая беременность закончилась мертворождением: в родах была слабость родовой деятельности, вакуум-экстракция, интранатальная гибель плода. Данная беременность вторая. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 164 см. Вес 76 кг. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Индекс Соловьева - 16. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11x11 см. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Предполагаемая масса плода 3880,0 г. Воды целы.

Влагалищное исследование: шейка матки в центре малого таза, длиной 2,5 см, плотноватая в области внутреннего зева, цервикальный канал свободно проходим для пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец плода, прижат к входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ: чисто ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении, предполагаемая масса плода 3,800-3,900.

Задание

Диагноз.

План ведения

Задача 4.

Первобеременная 26-ти лет поступила в родильный дом с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 166 см. Вес 72 кг. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Индекс Соловьева - 16. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х11 см. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки над лоном 40 см. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода. Прижат к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Предполагаемая масса плода 4000-4100 г. Схватки через 4-5 мин по 25-30 сек, умеренной силы и болезненности. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие податливые. Плодный пузырь цел. Открытие 2-3 см. Предлежит тазовый конец плода, прижат к входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ: чисто ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении, предполагаемая масса плода 4000-4100 г.

Задание

Диагноз.

План ведения

Задача 5.

Первобеременная 28-ти лет поступила в родильный дом с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 166 см. Вес 72 кг. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Индекс Соловьева - 14. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х11 см. Окружность живота 92 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода, прижат ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Предполагаемая масса плода 3100-3200 г. Схватки через 4-5 мин по 25-30 сек, умеренной силы и болезненности. Влагалищное исследование: шейка 22

матки сглажена, края тонкие податливые. Плодный пузырь цел. Открытие 4-5см. Предлежит тазовый конец плода, прижат к входу в малый таз. Межвертельная линия в поперечном размере. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ: чисто ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении, предполагаемая масса плода 3100-3200 г.

Задание

Диагноз.

План ведения

Задача 6.

В отделение патологии беременности поступила первобеременная 26-ти лет со сроком беременности 39-40 недель. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 168 см. Вес 136 кг. Индекс массы тела – 40,18 (нарушение жирового обмена III степени). Размеры таза: 28-30-3-23 см. Индекс Соловьева - 18. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11x11 см. Окружность живота 138 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Воды целы. Влагалищное исследование: шейка матки в центре малого таза, длиной 2,5 см, плотноватая в области внутреннего зева, цервикальный канал свободно проходим для пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец плода, прижат к входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ: чисто ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении, предполагаемая масса плода 3400г.

Задание

Диагноз.

План ведения

Задача 7.

В родильное отделение поступила повторнородящая 32-ти лет со сроком беременности 39 недель с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение четырех часов, подтекание околоплодных вод. Из анамнеза: данная беременность вторая, первая беременность закончилась своевременными родами в головном предлежании, масса ребенка 3200г., без осложнений. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 163 см. Вес 65 кг. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Индекс Соловьева - 14. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х11 см. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Предполагаемая масса плода 3500,0 г. Объективно: схватки через 3-4 минуты по 35 секунд хорошей силы, умеренной болезненности. Положение плода продольное, спинка определяется слева, мелкие части плода - справа. В дне матки определяется головка плода, предлежит тазовый конец, прижат к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Подтекают светлые околоплодные воды. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, податливые, открытие 3-4 см. Плодного пузыря нет. Предлежат ступни плода. Тазовый конец не достигается. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено. Подтекают светлые околоплодные воды. По данным УЗИ: ножное предлежание, головка плода разогнута (I степень разгибания), предполагаемая масса плода 3,500.

Задание

Диагноз.

План ведения

Задача 8.

В отделение патологии беременности поступила первобеременная 24 лет со сроком беременности 41-42 недели. Из анамнеза: продолжительность менструального цикла 28 дней. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 170 см. Вес 73 кг. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Индекс Соловьева - 14. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х11 см. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Предполагаемая масса плода 3500-3500 г. Воды целы. Влагалищное исследование: шейка матки отклонена кзади, длиной 3,5 см, плотная, цервикальный канал с трудом проходим для одного пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец плода, прижат к входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ: чисто ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении, предполагаемая масса плода 3500-3500. Плацента с выраженными петрификатами. Маловодие. Показатели доплерметрии в норме. Данные кардиомониторного наблюдения – норма.

Задание

Диагноз.

План ведения

Задача 9.

В отделение патологии беременности поступила повторнобеременная 34 лет со сроком беременности 37 недель. Из анамнеза: первая беременность закончилась своевременными родами, в головном предлежании, масса плода 3200 г. Данная беременность вторая. Течение беременности осложнилось длительной угрозой прерывания, по поводу которой пациентка неоднократно госпитализировалась в стационар. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 164 см. Вес 71 кг. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Индекс Соловьева - 14. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11x11 см. Окружность живота 86 см, высота стояния дна матки над лоном 30 см. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Предполагаемая масса плода 1700 г. Воды целы. Влагалищное исследование: шейка матки в центре малого таза, длиной 2,5 см, плотноватая в области внутреннего зева, цервикальный канал свободно проходим для пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец плода, прижат к входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ: чисто ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении, предполагаемая масса плода 1700 г. Выраженное маловодие. Отмечается нарушение гемодинамики в системе мать-плацента-плод. Данные кардиомониторного наблюдения – 6-7 баллов.

Задание

Диагноз.

План ведения

Задача 10.

В родильное отделение поступила первородящая 28-ти лет со сроком беременности 40 недель с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение четырех часов, подтекание околоплодных вод. Из анамнеза: данная беременность вторая, первая беременность закончилась искусственным абортom, без осложнений. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 167 см. Вес 63 кг. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Индекс Соловьева - 14. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х11 см. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лоном 35 см. Предполагаемая масса плода 3300,0 г. Объективно: схватки через 3-4 минуты по 35 секунд хорошей силы, умеренной болезненности. Положение плода продольное, спинка определяется слева, мелкие части плода - справа. В дне матки определяется головка плода, предлежит тазовый конец, прижат к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Подтекают светлые околоплодные воды. Влагалищное исследование: шейка матки смягчена, края тонкие, податливые, открытие 3-4 см. Плодного пузыря нет. Предлежат тазовый конец плода. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено. Подтекают светлые околоплодные воды. По данным УЗИ: чисто-ягодичное предлежание, головка плода согнута, предполагаемая масса плода 3,200-3,300. Через 2 часа после поступления схватки ослабли, данные влагалищного исследования – прежние.

Задание

Диагноз.

План ведения

Ответы на пост тесты:

1. Б

2. Г

3. А

4. Г

5. А

6. Ж

7. Д

8. Г

9. Д

10. Д

11. А

Ответы на задачи:

1. Диагноз: Беременность 40 недель. Смешанное - ягодичное предлежание плода. План ведения: Учитывая срок гестации, смешанное ягодичное предлежание плода у первородящей, преждевременное излитие околоплодных вод родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.
2. Диагноз: Беременность 39 недель. Чисто ягодичное предлежание. План: Роды вести выжидательно под КМН за состоянием плода на фоне эпидуральной анестезии. Во 2-ом периоде родов оказывать ручное пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании, произвести эпизиотомию.
3. Диагноз: Беременность 38 недель. Чисто ягодичное предлежание. ОАА (первая беременность закончилась мертворождением: в родах была слабость родовой деятельности, вакуум-экстракция, интранатальная гибель плода). Крупный плод. План: Учитывая ОАА, чисто ягодичное предлежание, крупный плод родоразрешить путем операции кесарева сечения в плановом порядке.
4. Диагноз: Беременность 40 недель. Чисто ягодичное предлежание. Крупный плод. План: Учитывая крупные размеры плода, тазовое предлежание, начало регулярной родовой деятельности, родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.
5. Диагноз: Беременность 39-40 недель. Чисто ягодичное предлежание. План ведения: роды вести выжидательно под КМН за состоянием плода, на фоне эпидуральной анестезии. Во II периоде родов оказывать пособие по Цовьянову.

6. Диагноз: Беременность 39-40 недель. Чисто ягодичное предлежание. НЖО III степени. План ведения: учитывая срок гестации, чисто-ягодичное предлежание, НЖО III степени, родоразрешить путем операции кесарева сечения в плановом порядке.

7. Диагноз: Беременность 39-40 недель. Ножное предлежание. I период родов. Раннее излитие околоплодных вод. План ведения: учитывая ножное предлежание плода, родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

8. Диагноз: беременность 41-42 недели. Чисто ягодичное предлежание. План ведения: Учитывая перенашивание, неподготовленность родовых путей при тазовом предлежании плода, показано родоразрешить путем операции кесарева сечения.

9. Диагноз: Беременность 37 недель. Чисто ягодичное предлежание. ЗРП III степени. Острая гипоксия плода на фоне хронической. План ведения: учитывая острую гипоксию плода на фоне хронической родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке

10. Диагноз: Беременность 39-40 недель. Чисто ягодичное предлежание. I период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Слабость родовой деятельности. План ведения: Учитывая слабость родовой деятельности у первородящей с чисто ягодичным предлежанием, родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

Эталон ответов к пре- тесту

- 1) Б
- 2) Б
- 3) Б
- 4) Б
- 5) Б
- 6) В
- 7) Б
- 8) В
- 9) В

10) Б

11) А

Имени Г.А. Илизарова

Рабочая тетрадь

По предмету « Акушерство»

Для специальности « Акушерское дело»

На тему:

«Тазовые предлежания плода»

ФИО студента _____

Курс _____

Преподаватель _____

Дербент 2016.

Положение плода _____

Позиция плода _____

Вид позиции _____

Предлежание плода _____

Роды _____

Биомеханизм родов _____

Гипомохлион _____

Проводная точка _____

Конфигурация головки _____

Ротация _____

Первый период родов _____

Второй период родов _____

Третий период родов _____

Цель ручного пособия Цовьянова 1

Цель ручного пособия Цовьянов 2

Моменты биомеханизма родов , при тазовых предлежаниях плода:

1.

2.

3.

4.

5.

Что является точкой фиксации, проводной точкой при тазовом предлежании плода, и каким размером рождается головка плода?

Тема 1: Тазовые предлежания

1. Роды в тазовом предлежании расцениваются как патологические, из-за.....

.....

.....

.....

.....

2. Линия lin.intertrochanterica в переводе на русский означает.....

.....

3. Расставьте по частоте встречаемости формы тазовых предлежаний :

.....

.....

.....

4. Заполните таблицу :

Причины возникновения тазовых предлежаний

5. Проведите дифференциальную диагностику между тазовым и головным предлежаниями :

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6. С какого момента биомеханизма наступает внутриутробная гипоксия плода, с чем это связано?

.....

.....

7. Отметьте значком V верные утверждения

1. Тазовые предлежания являются вариантом нормы.
2. Устойчивое тазовое предлежание формируются в 32-34 недели .

3. Крупным плодом при тазовом предлежании считается плод весом 3700г.

4. Дородовая госпитализация при тазовом предлежании необходима в 37-38 недель

5. Роды в тазовом предлежании предпочтительнее завершать операцией кесарева сечения

8. Распределить возможные осложнения при тазовом предлежании по периодам родов:

1-кровотечение

2-возникновения заднего вида

3-выпадение и обвитие петель пуповины

4-восходящая инфекция (хориоамнионит)

5-слабость родовой деятельности

6-сдавление пуповины и гипоксия плода

7-запрокидывание ручек

8-раннее излитие околоплодных вод

9-преждевременная отслойка плаценты

10-родовой травматизм матери и плода

11- спазм шейки матки

9. Обоснованно опровергните следующее утверждение : <<Операция эпизиотомии при тазовом предлежании является операцией выбора >>

.....

.....

.....

.....

10. Ваши действия в конкретной ситуации :

Вы акушерка приемного покоя перинотального центра. К вам поступает с началом родовой деятельности роженица . При выполнении влагалищного исследования произошло излитие вод с последующим выпадением петель пуповины . Ваши действия. Диагноз : беременность 37-38 недель . Тазовые предлежания .

.....

.....

.....

.....

.....

11. Закончите фразу

Сердцебиение плода при тазовых предлежаниях от 120-170 уд. в мин
особенно в родах за счет

12. Заполните графологическую структуру:

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1. Материнский фактор | а) Узкий таз |
| 2. Плодовый фактор | б) Рубец на матке |
| 3) Плацентарный фактор | в) Многоводие |
| | г) Предлежание плаценты |
| | д) Недоношенность плода |
| | е) Короткая пуповина |

14. Перечислите все этапы биомеханизма при тазовых предлежаниях:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....

15. Заполните таблицу:

осложнения

I. пер. родов	II. период	III. период родов
---------------	------------	-------------------

1.....		
--------	--	--

2.....		
--------	--	--

3.....		
--------	--	--

4.....		
--------	--	--

	1.....	
--	--------	--

2.....		
--------	--	--

3.....		
--------	--	--

4.....		
--------	--	--

5.....		
--------	--	--

6.....	1.....	
--------	--------	--

2.....		
--------	--	--

16. Почему?

Объясните почему гипоксия плода всегда наступает с момента рождения плода до нижнего угла передней лопатки:

.....

17. Перечислите не менее 8 факторов, которые в сочетании с тазовым предлежанием дают показания к плановому кесареву сечению:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

18. Дайте определение понятию:

Экстракция за тазовый конец -

.....

.....

.....

19. Выберите правильный ответ:

Ручное пособие по Цовьянову 1 проводят при:

- А) чисто ягодичном предлежании
- Б) коленном предлежании
- В) смешанном предлежании
- Г) полном ножном предлежании

20. Обоснованно опровергните следующее утверждение:

Корректирующую гимнастику можно проводить женщинам с угрозой прерывания.....

.....

.....

21. Как перевести термин «асфиксия» на русский?

.....

22. Какова цель пособия по Цовьянову 1 и какое осложнение оно предотвращает?.....

.....

Список литературы

1. Бреусенко Л.Б. Повреждение нервной системы новорожденных, родившихся в тазовом предлежании. Автореф. дисс. канд. мед. наук. -М.,- 1995.-28 с.
2. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. //М.: "Триада-Х". 1997.- 188 с.
3. Дикань И.Ф. Метод предупреждения и исправления тазового предлежания плода. // Акуш. гинекол. 1961. - № 5. - с. 71-72
4. Медведев М.В., Юдина Е.В.// Задержка внутриутробного развития плода. Москва, 1998, 205 с.
5. Медведев М.В., Курьяка А., Юдина Е.В. Допплерография в акушерстве. Изд. Реальное время, 1999,157 с.
6. Менгниязова З.Г. Исход беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. // 2001. Деп. в ТНИИЦентре инв.№
7. Мусаев О.Х., Мусаева К.О. Наружный акушерский поворот плода как метод профилактики потери детей и снижения частоты кесарева сечения. Мат-лы III Российского форума «Мать и дитя». Москва,2001.-с. 126-127
8. Мусаев О.Х., Мусаева К.О. Перинатальные аспекты тазовых предлежаний плода в зависимости от тактики ведения беременности и родов. Мат-лы IV Российского форума «Мать и дитя». Москва,2002.-с. 421-422
9. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству.// М. ООО «Медицинское информационное агентство». 1997. - 440 с.
10. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. М., Медицина, 1998. 303 с.
11. Фомичева Л.В. Беременность и роды после кесарева сечения. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Омск, 1996. - 19 с.
12. Чернуха Е.А., Пучко Т.К., Брюхина Е.В. Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода. Методические рекомендации. М. - 1991. - 10 с.
13. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Тазовое предлежание плода. М., Медицина. 1999. - 134 с.

Приложение 1



Полное

Неполное

Истинное

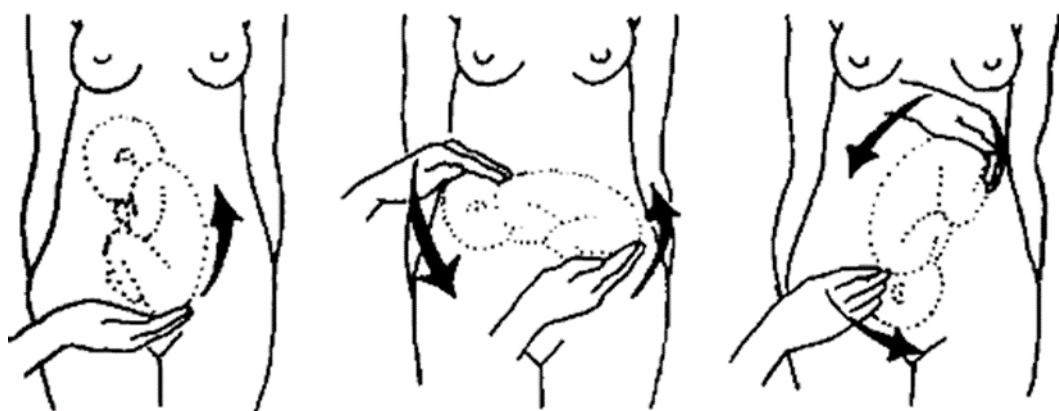


Приложение 2

Параметры	Баллы		
	0	1	2
Срок беременности	> 37 нед	40–42 нед	38–39 нед
Паритет	Первородящие >30 лет и повторнородящие с осложненными родами	Первородящие	Повторнородящие с неосложненными родами в анамнезе
Разновидность предлежания	Ножное	Смешанное ягодичное	Чисто ягодичное
Положение головки	Чрезмерно разогнутая	Умеренно разогнутая	Согнутая
Степень «зрелости» шейки матки	«Незрелая»	«Недостаточно зрелая»	«Зрелая»
Состояние плода	Хроническая гипоксия	Отдельные признаки гипоксии	Удовлетворительное
Размеры малого таза, см:			
– прямой входа;	Менее 11,5	11,5–12,0	Более 12,0
– поперечный входа;	Менее 12,5	12,5–13,0	Более 13,0
– прямой полости;	Менее 12,0	12,0–13,0	Более 13,0
– межкостный;	Менее 10,0	10,0–10,5	Более 10,5
– поперечный выхода;	Менее 10,0	10,0–11,0	Более 11,0
– прямой выход;	Менее 10,5	10,5–11,0	Более 11,0

Плодовые факторы риска	Ориентировочная частота
Преждевременные роды	16–33%
Аномалии развития	6–18%
Выпадение пуповины	В 5–20 раз выше
Родовая травма	В 13 раз выше
Интранатальная гипоксия	В 3–8 раз выше
Интранатальная гибель плода	В 16 раз выше
Переразгибание головки плода	5%
Затруднение рождения головки	8,8%
Парез плечевого сплетения	В 40 раз выше

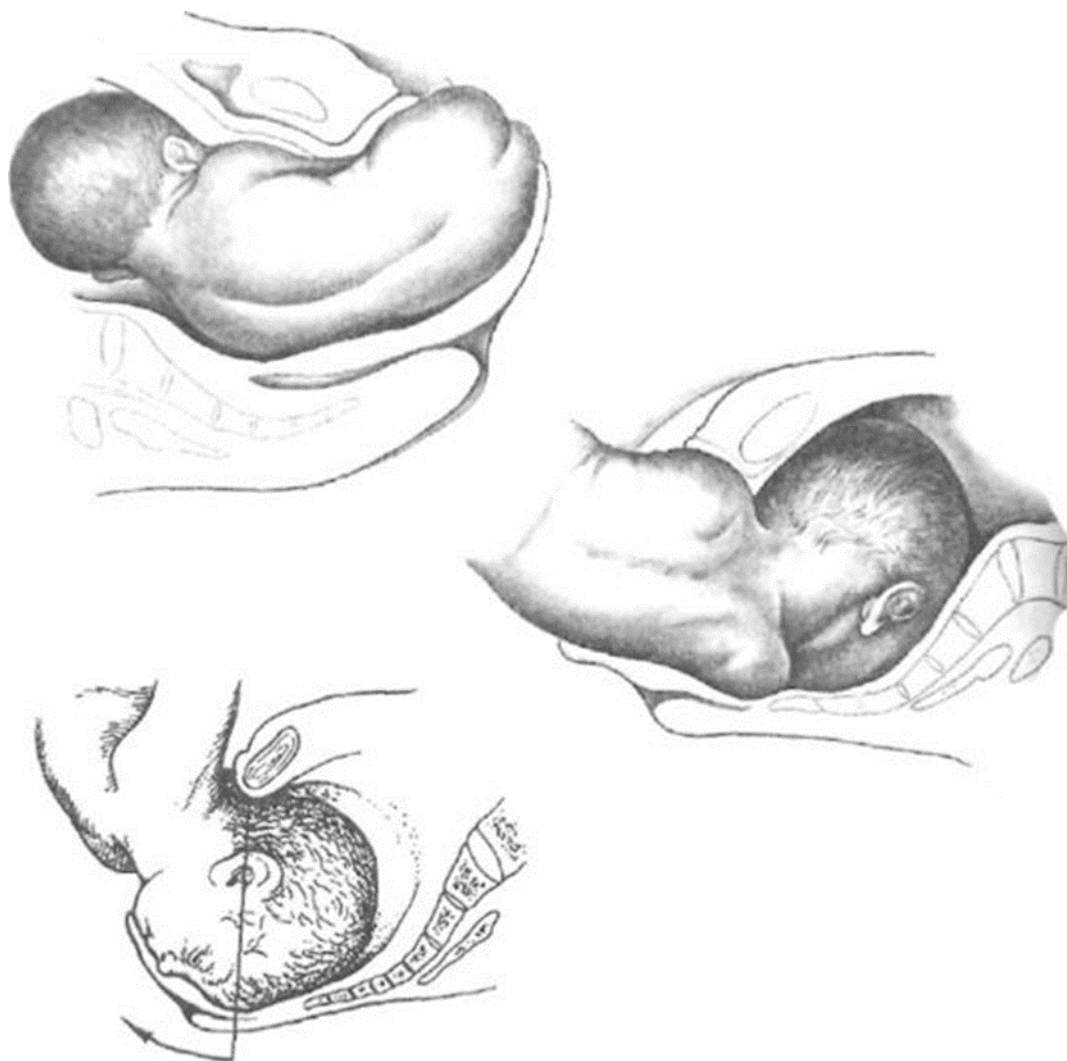
Приложение 3



Приложение 4



Приложение 5



Глоссарий

Аборт - искусственное или самопроизвольное прерывание беременности в первые 28 недель. Ранний аборт - в течение первых 14-15 недель, поздний аборт в сроки 16-28 недель.

Азооспермия - отсутствие в семенной жидкости сперматозоидов.

Акиноспермия (также акинозооспермия) - полная неподвижность сперматозоидов в эякуляте.

Акрсомная реакция - растворение сперматозоидом оболочек яйцеклетки.

Акушер-гинеколог - врач, специализирующийся на лечении женских болезней и ведении беременности.

Аменорея - отсутствие менструации в течение 6 месяцев и более.

Амниоцентез - диагностическая процедура: аспирация околоплодных вод в первые 3-4 месяца беременности для диагностики генетических аномалий.

Анализ спермы - лабораторное исследование спермы для определения количества и качества сперматозоидов.

Анализ спермы - лабораторное исследование спермы для определения количества и качества сперматозоидов.

Анамнез - совокупность сведений о развитии болезни, условиях жизни, перенесенных заболеваниях и др., собираемых в целях использования для диагноза, прогноза, лечения и профилактики.

Анаэякуляторный синдром - отсутствие семяизвержения, несмотря на значительную длительность коитуса.

Андрогены - мужские половые гормоны.

Андролог - специалист по лечению мужского бесплодия.

Ановуляция - отсутствие овуляции.

Антиген - любое вещество, вызывающее образование антител.

Антиспермальные антитела - антитела, вырабатываемые против сперматозоидов, блокирующие их движение либо препятствующие акросомной реакции.

Антитела - защитные тела, вырабатываемые иммунной системой в ответ на проникновение чужеродных субстанций. Связывая чужеродные объекты, антитела дезактивируют их.

Аспирация - забор содержимого с помощью инструмента, например фолликулярной жидкости из фолликула.

Аутоантитела - антитела, действующие против собственных тканей.

Базальная температура тела (БТТ) - это температура, которая измеряется утром в заднем проходе, сразу после пробуждения, до подъема с постели.

Измерение базальной температуры - один из методов функциональной диагностики деятельности яичников. В норме в первой половине менструального цикла температура находится в пределах 36,4-36,8 °С, а во второй половине - 37,0-37,4 °С.

Бесплодие - диагноз, который ставится при безуспешных попытках забеременеть в течение года регулярной половой жизни без предохранения.

Бесплодие пары - длительное отсутствие беременности в супружеской паре, хотя один из супругов или даже оба могут быть способны к воспроизводству потомства.

Биопсия - диагностическая процедура: забор кусочка ткани с последующим исследованием под микроскопом.

Бластомер - клетка раннего эмбриона.

Вагинит - воспаление слизистой оболочки влагалища. То же, что и "кольпит".

Вазограмма - диагностическая процедура: рентгенологическое исследование семявыносящих протоков у мужчин.

Вазэктомия - хирургическое удаление семявыносящих протоков с целью мужской контрацепции.

Влагалище - половой орган женщины. Представляет собой эластичную мышечную трубку 7-10 см в длину, верхним концом обхватывающую шейку матки, а нижним открывающуюся в половую щель. Изнутри покрыто слизистой оболочкой.

Внутриматочная инсеминация - искусственное введение подготовленной спермы в полость матки женщины.

ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии) - все методы лечения и процедуры, связанные с обработкой яйцеклеток или сперматозоидов в целях наступления беременности. К ВРТ относятся: внутриматочная инсеминация, ЭКО, ГИФТ, ЗИФТ, криоконсервация зародышей, донорство яйцеклеток и зародышей, суррогатное материнство.

Гамета - половая клетка: сперматозоид у мужчин и яйцеклетка у женщин.

Ген - единица наследственности - участок хромосомы, состоящий из ДНК и контролирующий образование какого-либо признака.

Гидротубация - диагностическая процедура: введение жидкости в фаллопиевы трубы для контроля их проходимости и лечения.

Гипертонус матки - повышенный тонус матки. Во время беременности свидетельствует об угрозе невынашивания.

Гипофиз - эндокринная железа в основании головного мозга, продуцирующая гонадотропные, лютеинизирующий (ЛГ) и фолликулостимулирующий (ФСГ), гормоны, которые, в свою очередь, стимулируют половые железы к продукции половых клеток и гормонов.

Гистеросальпингография (ГСГ) - диагностическая процедура: рентгенологическое исследование полости матки и фаллопиевых труб.

Гистероскопия - диагностическая процедура: обследование полости матки с помощью оптической системы, введенной через влагалище и цервикальный канал.

ГИФТ (трансплантация гамет в фаллопиевы трубы) - процедура ВРТ, заключающаяся в извлечении яйцеклеток из яичников женщины, соединении их со спермой и помещении неоплодотворенных яйцеклеток и спермы в фаллопиевы трубы женщины.

Гонадотропины - гормоны, продуцируемые гипофизом, - фолликулостимулирующий и лютеинизирующий (ЛГ).

Гонады - органы, продуцирующие половые клетки и половые гормоны. Яички у мужчин, яичники у женщин.

Гормон - вещество, продуцируемое эндокринной железой, переносимое током крови к органу-мишени.

Дисменорея - расстройства менструаций, нерегулярные месячные.

Дисфункция - нарушенная функция.

ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота; вещество, содержащееся в ядре клетки. В структуре молекулы этого вещества закодирована наследственность организма.

Донорская инсеминация (ИИСД) - искусственная инсеминация спермой донора. -

Донорский эмбрион - эмбрион, образовавшийся из яйцеклетки женщины-донора, переданный женщине, не способной к зачатию со своими собственными яйцеклетками (реципиент).

Донорство яйцеклетки - взятие яйцеклетки у одной женщины для другой с целью оплодотворения "in vitro" (в пробирке).

Железа - орган, продуцирующий и выделяющий в кровь специфические для организма вещества, например гормоны.

Желтое тело - временная эндокринная железа в организме женщины, развивающаяся в яичнике после овуляции и выделяющая гормон прогестерон. В случае беременности способствует ее сохранению до образования плаценты.

Заболевание, передающееся половым путем (ЗППП) - заболевание, вызванное возбудителем, переданным во время полового сношения.

Зародыш - то же, что и "эмбрион".

Зигота - оплодотворенная яйцеклетка до начала процесса деления.

ЗИФТ (трансплантация зигот в фаллопиевы трубы) - процедура ВРТ, при которой яйцеклетки берутся из яичников женщины и оплодотворяются в лаборатории. После этого образовавшиеся зиготы (оплодотворенные яйцеклетки) помещаются в фаллопиевы трубы женщины.

Извлечение яйцеклеток (также называется извлечением ооцита) - процедура сбора яйцеклеток, содержащихся в фолликулах яичников.

Имплантация - прикрепление эмбриона к слизистой оболочке матки, происходящее, как правило, через 5-7 дней после оплодотворения.

Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ) - микрохирургическое введение сперматозоида непосредственно в яйцеклетку. Наиболее часто используется при мужском бесплодии.

Искусственная инсеминация (ИИ, ИД, ИОСД) - введение подготовленной спермы в полость матки или шейку матки.

Кариотип - хромосомный набор.

Кариотипирование - определение формы и размера хромосом с целью обнаружения хромосомных отклонений.

Катетер - трубка для аспирации (отсасывания) или инъекции жидкости.

Киста яичника - жидкостное, в основном качественное, образование в яичнике.

Кольпоскопия - диагностическая процедура: исследование шейки матки с помощью микроскопа для обнаружения патологических образований.

Комбинированное бесплодие - бесплодие, вызванное проблемами как с мужским, так и с женским здоровьем.

Лапароскопия - диагностическая процедура: обследование органов таза с помощью оптической системы, введенной через тонкий прокол передней брюшной стенки.

Лютеинизирующий гормон (ЛГ) - гормон гипофиза, вызывающий продукцию половых гормонов в яичках мужчин и яичниках женщин.

Лютеиновая фаза - постовуля-торная фаза женского цикла. Характеризуется подъемом уровня ЛГ в крови после созревания яйцеклетки и повышения базальной температуры до 37,2-37,3 °C.

Матка - внутренний орган женской половой системы размерами 4х6х5 см, расположенный в полости малого таза, стенки которого состоят из гладких мышц. Полость матки выстлана слизистой оболочкой. В матке происходит развитие зародыша из оплодотворенной яйцеклетки.

Маточные трубы (фаллопиевы трубы) - трубчатые образования (внутренний диаметр около 0,3 мм, длина 12-15 см), соединяющие матку с яичниками. В трубе происходит оплодотворение зрелой яйцеклетки. Устарелое название - фаллопиевы трубы.

Менархе - первые месячные.

Менопауза - естественные возрастные изменения в организме женщины, приводящие к прекращению менструаций.

Менструация - периодические кровянистые выделения из матки в течение детородного периода, связанные с овуляцией.

Многоплодная беременность - беременность, приводящая к рождению более чем одного ребенка.

Мониторинг яичников - использование ультразвука и (или) анализа крови или мочи для мониторинга развития фолликулов яичника.

Мошонка - кожная складка внизу живота, в которой располагаются яички, их придатки и семя-выносящие протоки.

Недостаточность лютеиновой фазы - неадекватное функционирование желтого тела, низкий уровень лю-теинизирующего гормона (ЛГ), что может препятствовать имплантации плодного яйца или вызывать ранний выкидыш.

Некроспермия (также некро-зооспермия) - отсутствие живых сперматозоидов в эякуляте.

Необъяснимое бесплодие (идиопатическое бесплодие) - бесплодие, причина которого не была обнаружена, несмотря на подробное обследование.

Нестимулированный цикл - цикл ВРТ, при котором женщина не получает лекарства для стимуляции яичников на выработку большего, чем обычно, количества фолликулов. Фолликулы развиваются естественным путем.

Овуляция - выход созревшей, готовой к оплодотворению яйцеклетки из фолликула яичника в маточные трубы. Происходит примерно за две недели до предполагаемого начала следующей менструации.

Олигоменорея - редкие и нерегулярные менструации.

Оогенез - процесс созревания яйцеклетки в яичнике.

Ооцит - то же, что "яйцеклетка".

Оплодотворение - слияние мужской (сперматозоид) и женской (яйцеклетка) половых клеток. У женщины естественное оплодотворение происходит в верхней части (воронке) маточной трубы.

Оплодотворение "in vitro" (дословно, "в стекле, в пробирке") - оплодотворение вне организма, в лабораторных условиях. То же, что и "экстракорпоральное оплодотворение".

Перенос эмбриона - перенос оплодотворенной в лаборатории яйцеклетки в полость матки для последующего вынашивания беременности.

Перенос яйцеклетки (также называется переносом ооцита) - перенос извлеченных яйцеклеток в фаллопиевы трубы женщины с помощью лапароскопии. Эта процедура используется только для ГИФТ.

Перитониальный фактор бесплодия - наличие спаек в брюшной полости или спаечный процесс внутри маточных труб.

ПикЛГ - выброс лютеинизирующего гормона (ЛГ), вызывающий высвобождение из фолликула зрелой яйцеклетки (овуляцию).

Плазма спермы - то же, что и "семенная жидкость".

Плод - развивающийся ребенок от второго месяца беременности до рождения.

Плодный пузырь - заполненный жидкостью мешок, в котором развивается плод, видимый при ультразвуковом исследовании.

Полное эффективное спермальное число - среднее число сперматозоидов, способных к оплодотворению.

Посткоитальный тест - проба на способность сперматозоидов проникать в шейку матки.

Предстательная железа (простата) - желези-стомышечный орган массой около 25 г, размерами 3х4х2,5 см, располагающийся в малом тазу мужчины. Через простату проходит начало мочеиспускательного канала, в который в толще простаты впадают семявыводящие пути. Простата вырабатывает до 25% жидкой части спермы. Патологические изменения простаты могут приводить к нарушениям репродуктивной и (или) сексуальной функции.

Преимплантационная генетическая диагностика - выявление генетических нарушений у эмбриона до имплантации.

Придаток яичка - тонкие извитые канальцы (длиной около 6 метров), расположенные в мошонке около каждого яичка; здесь сперматозоиды развивают способность к передвижению.

Прогестерон - женский гормон, продуцируемый желтым телом после овуляции, подготавливающий слизистую оболочку матки к имплантации плодного яйца и поддерживающий беременность.

Пролактин - гормон гипофиза, стимулирующий выработку молока в молочных железах.

Пункция хориона - диагностическая процедура: забор материала зародыша путем пункции в срок 2 недели беременности для выявления генетических аномалий.

Пункция яйцеклеток (пункция ооцита) - процедура отбора яйцеклеток, содержащихся в фолликулах яичников.

Репродукция (размножение) - воспроизведение потомства.

Ретроградная эякуляция - обратная эякуляция в мочевой пузырь.

Рождение живого ребенка - любой ребенок, рожденный с признаками жизни после 28 недель беременности.

Семенная жидкость - (семенная плазма, плазма спермы) - жидкость спермы, образующаяся в семенных пузырьках (2-4 мл), предстательной железе (0,5-1,5 мл) и в ряде других желез. Содержит вещества, активирующие и питающие сперматозоиды.

Семенные пузырьки - парные железы в основании мочевого пузыря, продуцирующие большую часть семенной жидкости.

Семявыносящий проток - канал, по которому движутся сперматозоиды от придатка яичка к мочеиспускательному каналу. Непроходимость семявыносящих протоков может привести к азооспермии.

Семязвержение (эякуляция) - выделение спермы из пениса во время оргазма мужчины. Количество выделяемой спермы - 2-5 мл.

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) - это комплекс патологических симптомов, иногда возникающих на фоне гормональной стимуляции овуляции; характеризуется увеличением яичников, вздутием, ощущением тяжести, болями внизу живота и др.

Синдром персистирующего фолликула - невозможность высвобождения яйцеклетки из фолликула.

Синдром поликистозных яичников - эндокринное заболевание, встречающееся у неовулирующих женщин, характеризуемое множественными кистами яичников и повышением содержания андрогенов.

Спайки - сращения между различными внутренними органами. Спаечный процесс между маткой и придатками (маточные трубы-яичники) может приводить к бесплодию.

Сперма - жидкость, содержащая сперматозоиды и секреты яичек, а также простаты и семенных пузырьков, которая выделяется во время эякуляции.

Сперматогенез - образование сперматозоидов в яичках. У человека длится около 72 дней.

Сперматозоид - мужская половая клетка: состоит из головки, содержащей ядро с наследственной информацией, и хвоста, служащего для движения. Сперматозоиды образуются в яичках, накапливаются в придатках яичек и выделяются в составе спермы.

Спермицид - вещество, убивающее сперматозоид.

Спермограмма - совокупность результатов качественного и количественного исследования эякулята (спермы).

Спермотест - исследование подвижности сперматозоидов, подготовленных для ЭКО. Проводится с целью установить, сколько времени остаются подвижными сперматозоиды "in vitro", а также подобрать оптимальные условия выделения и культивирования сперматозоидов для предстоящего ЭКО.

Стерильность - неспособность к воспроизводству потомства.

Стимулированный цикл - цикл ВРТ, при котором женщина получает лекарства для стимуляции яичников с целью выработки фолликулов, содержащих несколько яйцеклеток.

Стимуляция суперовуляции - контролируемая стимуляция множественной овуляции с помощью гормональных препаратов для получения нескольких яйцеклеток.

Суррогатная мать - женщина, искусственно вынашивающая беременность после ЭКО и передающая ребенка в семью генетических родителей.

Тест на беременность - анализ крови или мочи, который определяет уровень хорионического гонадо-тропина человека (ХГЧ). Повышенный уровень этого гормона является химическим подтверждением беременности.

Тестикулярная биопсия - биопсия фрагмента яичка для исследования под микроскопом. Проводится в том случае, когда в эякуляте нет сперматозоидов, но предполагается, что это следствие непроходимости семяпроводящих путей.

Тестостерон - основной мужской половой гормон.

Техника "свим-ап" - техника, при которой отбираются и концентрируются сперматозоиды, наиболее способные к оплодотворению яйцеклетки.

Трубный фактор - причина бесплодия, связанная со структурным или функциональным повреждением одной или обеих маточных труб.

Ультразвук (УЗИ) - использование высокочастотных звуковых волн для получения представления о внутренних органах.

Уролог - врач, специализирующийся на хирургическом лечении болезней мочевыводящих путей и мужской половой системы.

Фертильность - способность давать потомство. Мужская фертильность - способность сперматозоидов к оплодотворению яйцеклеток. Женская фертильность - способность яйцеклеток быть оплодотворенными сперматозоидами и способность к вынашиванию беременности.

Фолликул - жидкостное образование в яичнике, содержащее яйцеклетку.

Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) - гормон гипофиза, стимулирующий рост фолликула у женщин и образование сперматозоидов у мужчин.

Фолликулярная фаза - предовуляторная фаза (I фаза) менструального цикла, во время которой происходит рост фолликула и эндометрия под действием высокого уровня эстрогенов.

Хирург-репродуктолог - акушер-гинеколог или уролог, специализирующийся на хирургической коррекции анатомических аномалий, нарушающих репродуктивную функцию.

Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) - белковый гормон, продуцируемый в ранние сроки беременности, косвенно способствует выработке желтым телом прогестерона, необходимого для поддержания беременности. Может быть введен для стимуляции овуляции и продукции прогестерона в виде медицинского препарата. Повышенное содержание в крови (ХГЧ) свидетельствует о беременности.

Хромосомы - структурные элементы ядра клетки, содержащие ДНК, носители наследственной информации.

Цервикальная (истмико-цервикальная) недостаточность - неспособность шейки оставаться закрытой на протяжении всей беременности.

Цервикальная слизь - слизь шейки матки, способствующая продвижению сперматозоида.

Цервикальный канал - шейный канал матки.

Человеческий менопаузальный гонадотропин (ЧМГ, менотропин) - препарат, содержащий лютеини-зирующий (ЛГ) и фолликулости-мулирующий гормоны (ФСГ), используется для индукции суперовуляции в различных репродуктивных схемах лечения.

Шейка матки - нижняя часть матки, находящаяся в глубине влагалища.

Щитовидная железа - эндокринная железа на передней поверхности шеи, продуцирующая тиреоидные гормоны, регулирующие процессы обмена.

Экстракорпоральное оплодотворение (оплодотворение в пробирке, оплодотворение "in vitro", ЭКО) - процедура ВРТ, которая заключается в извлечении яйцеклеток из яичников женщины и оплодотворении их в лаборатории. Возникающие в результате этих действий эмбрионы переносят в матку через шейку матки.

Эктопическая (внематочная) беременность - беременность, локализованная вне матки; наиболее часто - в маточной трубе.

Эмбриолог - специалист в области эмбриологии и биологии развития.

Эмбрион (зародыш) - стадия развития организма от оплодотворения до завершения формирования основных систем органов. У человека до 12-й недели беременности.

Эндометрий - слизистая оболочка матки.

Эндометриоз - разрастание ткани эндометрия вне его обычной локализации.

Эстрадиол - женский половой гормон из группы эстрогенов, продуцируемый яичником.

Эстрогены - женские половые гормоны.

Эякулят - жидкость, содержащая сперматозоиды.

Яичко - мужская половая железа, продуцирующая сперму и мужские половые гормоны.

Яичник - женская половая железа: продуцирует яйцеклетки и женские половые гормоны.

Яйцеклетка (ооцит) - женская половая клетка.