**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет** медичний № 2

**кафедра** акушерства і гінекології № 3

**не опорна**

**адреса** вул. В. Кучера, 7

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ**

**«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Аномалії кісткового таза».**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»**

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

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

**ІV рівня акредитації**

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

**ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

**Затверджено**

На методичній нараді кафедри

акушерства і гінекології №3

протокол № 1 від 30.08.2023 р.

**Завідувач кафедри**

**акушерства і гінекології №3,**

**д.мед.н., професор Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

**УДК 618 (072)**

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

**Авторський колектив:**

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

***Професор, д.мед.н. Диндар О.А.***

***Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.***

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

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

***Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.***

***Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.***

***Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.***

***Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.***

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

***Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.***

***Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.***

***Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.***

***Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.***

***Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.***

***Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.***

***Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.***

***Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.***

***Асистент Чеботарьова А.С.***

***Асистент, к.мед.н. Бала О.О.***

***Асистент Фурса-Совгіра Т.М.***

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

**Протокол № 1 від 30.08.2023 року**

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

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

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

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

**Тема: Аномалії кісткового таза**

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

Тактика ведення пологів при вузькому тазі залежить від ступеня звуження, форми таза, передбачуваної маси плода, супутньої акушерської та екстрагенітальної патології. Принцип ведення пологів при вузькому тазі – активно-вичікувальний.

При будь-якій формі вузького тазу в процесі пологів є свої особливості. Роділля повинна дотримуватись постільного режиму, щоб уникнути раннього злиття навколоплідних вод. Для кращого вставлення голівки у площину входу до малого тазу роділлю варто укладати на бік, що відповідає позиції плода. Більша увага повинна бути приділена ретельному знеболюванню пологів і проведенню профілактики гіпоксії плода. Наприкінці І та протягом усього ІІ періоду пологів здійснюється функціональна оцінка тазу (визначають симптоми відповідності розмірів голівки плода і розмірів тазу матері). З появою симптомів невідповідності голівки плода і тазу матері чи ознак дистресу плода, пологи закінчують шляхом операції кесарева розтину. При веденні пологів у жінок з вузьким тазом варто завжди пам'ятати, що надмірний консерватизм може привести до важких ускладнень і до змушеної плодоруйнуючої операції, тому важливо не пропустити момент для кесарева розтину.

При клінічно вузькому тазі пологи необхідно терміново закінчити операцією кесарева розтину, щоб уникнути такого важкого ускладнення, як розрив матки. При наявності мертвого плода виконується плодоруйнуюча операція.

###### **2. Навчально-виховні цілі**

***Знати***: причини, класифікацію та діагностику вузьких тазів, особливості біомеханізму пологів при різних видах вузьких тазів, анатомо-фізіологічні особливості вузьких тазів та тактику ведення пологів у жінок з вузькими тазами.

***Вміти:*** визначати співвідношення між голівкою плода і тазом матері прийомами Вастена, вимірювання розміру Цангемейстера, проводити пельвіометрію, діагностувати анатомічно та клінічно вузький таз.

**3. Вихідні і базові знання**

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

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

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

**4. Зміст навчального матеріалу**

Вузький таз, у свою чергу, поділяється на анатомічно та клінічно вузький таз. Анатомічно вузький таз (pelvis justo minor s. Pelvis angusta) – таз, у якому всі або хоча б один із основних розмірів зменшений на 1,5-2 см і більше. Із практичною метою вузькі тази за формою звуження можна розділити на дві категорії: тази, які часто зустрічаються, і тази, які рідко зустрічаються. Клінічно (функціонально) вузький таз – невідповідність розмірів між передлежачою голівкою плода й тазом матері, незалежно від розмірів останнього.

***Тази, які часто зустрічаються:***

1. Рівномірно-загальнозвужений (загальнорівномірнозвужений) таз (pelvis aequabiliter justo minor):

2. Плоский таз:

- Плоскорахітичний таз (pelvis plana rahitica).

- Простий плоский таз (pelvis plana simplex).

- Загальнозвужений плоский таз (pelvis nimis parva et plana).

3. Поперечнозвужений таз.

***Тази, які рідко зустрічаються***:

* Спондилолістетичний.
* Остеомалятичний.
* Косозвужені (анкілотичний, коксалгічний, сколіотичний).
* Розщеплені тази.
* Лійкоподібний.
* Тази що звужені новоутвореннями чи екзостозами.

Ступінь звуження тазу визначається за розмірами справжньої кон’югати (conjugate vera).

***Ступені звуження тазу за Ліцманом***

Перший ступінь звуження – справжня кон’югата від 11 до 9 см;

Другий ступінь звуження – справжня кон’югата від 9 до 7,5 см;

Третій ступінь звуження – справжня кон’югата від 7,5 до 5,5 см;

Четвертий ступінь звуження – справжня кон’югата менше 5,5 см.

***Ступені звуження тазу за М.С. Маліновським***

* Легкий (перший) ступінь звуження, при справжній кон’югаті від 8 до 10 см. При цьому ступені звуження можливі мимовільні пологи без оперативного втручання або пологи ведуться за допомогою акушерського мистецтва.
* Різкий (другий) ступінь звуження, при справжній кон’югаті від 6 до 8 см. Мимовільні пологи через природні пологові шляхи (Per vias naturales) доношеним плодом, як правило, неможливі. Плід може бути вилучений тільки зменшеним в обсязі (плодоруйнівна операція).
* Абсолютний (третій) ступінь звуження таза при справжній кон’югаті 6 см і менше. Пологи через природні пологові шляхи неможливі навіть зменшеним в обсязі плодом. Ступінь звуження тазу за іншими авторами (відповідно до розмірів справжньої кон’югати)

**Ступінь звуження тазу за іншими авторами (відповідно розмірам справжньої кон’югати):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Автор** | **І ступінь** | **ІІ ступінь** | **ІІІ ступінь** | **IV ступінь ступінь** |
| І.П.Лазаревич | 10-9 | 9-8 | 8-6 | < 6 |
| А.Я.Красовський | більше 9, 5 | 9,5-6,5 | менше 6,5 |  |
| В.С.Груздєв | більше 8 | 8,5-6 | менше 6 |  |
| Н.І.Побединський | 9-7 , 5 | 7,5-6 | 6 і менше |  |
| М.С. Кушнір | 10-8,5 | 8,5-6,5 | 6,5 і менше |  |
| К.К.Скробанський | 11-9 | 9-7 | 7-5 | менше 5 |
| Н.З Іванов | 11-9 | 9-6,5 | менше 6,5 |  |
| А.Ф.Пальмов | 10-9 | 9-7,5 | 7,5-6,5 | менше 6,5 |
| А.О.Мурадян | 9,7-9,3 | 9,2-8,3 | 8,2-7,3 | 7,2-6,3 |
| І.І.Яковлєв | 10-9 | 9-8 | 8-7 | менше 7 |

Нижньою межею звуження таза, при якій можливо родорозрішення живим доношеним плодом, вважають розмір справжньої кон’югати 7,5 см.

***Зовнішні розміри таза при різних формах звуження***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Розміри тазу | **Нормальний таз** | **Загально-рівномірно-звужений таз** | **Плоско-рахітичний таз** | **Простий плоский**  **таз** | **Загально-**  **звужений плоский таз** |
| Distantia spinarum | 25-26 | 23-24 | 26-27 | 25-26 | 23-24 |
| Distantia cristarum | 28-29 | 26-27 | 26-27 | 28-29 | 24-25 |
| Distantia trochanterica | 31-32 \_ | 29-30 | 30-31 | 31-32 | 29-30 |
| Conjugata externa | 20-21 | 17-18 | 15-17 | 17-18 | 16-17 |
| Conjugata diagonalus | 13 | 10-11 | 7-10 | 10-11 | 9-10 |
| Conjugata vera | 11 | 8-9 | 5-8 | 8-9 | 7-8 |

За кордоном широке розповсюдження одержала класифікація тазів за формою звуження, запропонована Galdwell-Moloy:

* Гінекоїдний (gynecoid) – жіночий тип.
* Андроїдний (android) – чоловічий тип.
* Антропоїдний (anthropoid) – як у приматів.
* Платипеллоїдний (platypelloid) – плоский.

**Рівномірнозагальнозвужений (загальнорівномірнозвужений) таз**

Характеризується зменшенням усіх прямих і поперечних розмірів таза. Спостерігається зменшення висоти крижів при збереженій їх кривизні, виражене зменшення лонного кута й висоти симфізу. Зазвичай зменшені всі зовнішні розміри таза. У свою чергу, рівномірнозагальнозвужений (загальнорівномірнозвужений) таз можна розділити на: «загальнорівномірнозвужений таз чистого типу», інфантильний таз, таз чоловічого типу й таз карлиць.

***Особливості біомеханізму пологів***

Голівка сильно конфігурує, приймає виражену доліхоцефалічну конфігурацію. Спостерігається тривале стояння голівки малим сегментом у вході в малий таз.

**I момент** – максимальне згинання голівки й вставлення її у площині входу в малий таз розміром меншим, ніж малий косий. Мале тім'ячко стає провідною точкою. Стрілоподібний шов – в одному з косих розмірів.

**II момент** – внутрішній поворот голівки. Відбувається значно повільніше, ніж при нормальному тазі.

**III момент** – розгинання голівки. Утворюється точка фіксації між потиличною кісткою і дугами лонних кісток, у зв’язку з тим, що лонний кут дуже гострий і голівка не може підійти безпосередньо до лонного зчленування. Це призводить до перерозтягування промежини і, як наслідок, до її травматизації.

**IV момент** – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки. Особливостей у порівнянні з фізіологічними пологами немає.

**Плоскорахітичний таз**

Плоскорахітичний таз характеризується деформацією верхньої частини крижів, у результаті чого зменшується прямий розмір входу в малий таз. Інші діаметри можуть бути не змінені або збільшені. Таз низький і сплощений, крижі відігнуті дозаду, сплощені, вкорочені, стоншені й розширені, крижі можуть бути описани за правилом «чотирьох У» Колосова – «*уплощен, уокрочен, уширен, утончен*». Іноді спостерігається другий «несправжній» мис. Зміна кута нахилу крижів – крижі різко відхилені допереду своєю основою, але своєю верхівкою крижі відхиляються дозаду, тому вся інша порожнина таза залишається ємною – прямі розміри в інших площинах нормальні або навіть збільшені. Крижі закінчуються гачкоподібним куприком. Здухвинні кістки не мають увігнутості, значна виразність розгорнення здухвинних кісток, d.spinarum і d.cristarum, однакової величини або ж d.spinarum може бути навіть більше d.cristarum. Лонний кут великий. Змінюється форма попереково-крижового ромба Міхаеліса й зменшується його вертикальний розмір.

***Особливості біомеханізму пологів***

**I момент** – помірне розгинання голівки. Характерне тривале стояння голівки стрілоподібним швом у поперечному розмірі входу в малий таз у стані помірного розгинання, стрілоподібний шов розташовується асинклітично. Частіше спостерігається передній асинклітизм (Негелє), рідше – задній (Ліцмана).

**II, III і IV моменти** – протікають без особливостей. З огляду на те, що всі інші розміри таза навіть трохи збільшені, вигнання плода відбувається дуже швидко.

**Простий плоский таз**

Простим плоским тазом називається таз, у якому зменшені всі прямі розміри за рахунок наближення крижів до лонного зчленування. Крила здухвинних кісток широко розгорнуті. Крижовий ромб сплощений, тобто вертикаль менше 11 см.

У пологах часто спостерігається брахіцефалічна конфігурація голівки, а також розташування родової пухлини на одній із кісток тімені. Нерідко виникає лобне й лицеве передлежання.

***Особливості біомеханізму пологів***

Особливості I моменту біомеханізму пологів ті ж, що й при плоскорахітичному тазі. При наявності хорошої родової діяльності й невеликому плоді, голівка в другому моменті може виконати внутрішній поворот, і пологи закінчаться за типом біомеханізму при передньому виді потиличного передлежання. Але через зменшені прямі розміри площин порожнини малого тазу ротація голівки може не відбуватися й виникає низьке поперечне стояння стрілоподібного шва.

**Загальзвужений плоский таз**

Загальзвужений плоский таз характеризується зменшенням всіх розмірів, але з перевагою зменшення прямих. Характерно значне зменшення всіх розмірів, особливо прямих при зовнішній пельвіометрії. Даний таз являє собою сполучення рівномірнозагальнозвуженого (загальнорівномірнозвуженого) таза й плоскорахітичного. Пологи перебігають за типом пологів при загальнорівномірнозвуженому або плоскому тазі залежно від того, який компонент переважає в конкретному випадку.

**Поперечнозвужений таз**

Поперечнозвужений таз характеризується зменшенням одного або декількох поперечних розмірів малого таза на 0,5 см і більше при нормальній або збільшеній справжній кон’югаті . Для поперечнозвуженого тазу характерне круте розташування крил здухвинних кісток, вузька лонна дуга (зменшення лонного кута), помірне уплощення крижів, високе стояння мису, зближення сідничних костей, зменшення поперечного діаметру виходу з таза й поперечного розміру ромба Міхаеліса. При піхвовому дослідженні справжня кон’югата нормальних розмірів.

***Особливості біомеханізму пологів***

Характерно асинклітичне вставлення голівки в один із косих розмірів площини входу в малий таз, а при збільшених прямих розмірах таза голівка вставляється стрілоподібним швом у прямий розмір площини входу в малий таз, що називають високим прямим стоянням стрілоподібного шва. Далі голівка згинається й проходить всі площини таза без ротації й народжується в передньому виді потиличного передлежання.

**КЛІНІЧНО (ФУНКЦІОНАЛЬНО) ВУЗЬКИЙ ТАЗ**

Ознаки клінічно вузького тазу можна діагностувати при відкритті шийки матки більше 7-8 см, відсутності плідного міхура, спорожненому сечовому міхурі й нормальній пологовій діяльності. **Ознака Генкель-Вастена** (симптом Вастена) – ознака відповідності розмірів голівки плода розмірам малого тазу роділлі. Акушер кладе долоню на передню поверхню лонного зчленування роділлі, що лежить на спині (сечовий міхур спорожнений), під час просування долоні по передній черевній стінці догори пальпується передлежача частина плода. У нормі голівка плода розташована за площиною лона – симптом Вастена негативний. Якщо вона розташована зовні від цієї площини – симптом Вастена позитивний, тоді пологи через природні пологові шляхи неможливі. У випадку розташування голівки на одному рівні з лонним зчленуванням – симптом Вастена врівень, тоді при інших сприятливих умовах пологи можливі.

Можлива інша техніка визначення ознаки Вастена – акушер кладе обидві руки паралельно: одну – на лоно, а другою притискує голівку до мису. Порівнюючи висоту обох рук, акушер може зробити висновок про відповідність розмірів голівки плода й таза матері.

* Долоня, що лежить на голівці, виявляється нижче долоні, що лежить на лонному зчленуванні – ознака негативна, свідчить про відповідність розмірів голівки плода й розмірів таза роділлі.
* Обидві долоні виявляються на одному рівні – ознака врівень свідчить про те, що відповідність сумнівна.
* Долоня, що лежить на голівці, виявляється вище долоні, що лежить на лонному зчленуванні – ознака позитивна, свідчить про невідповідність розмірів голівки плода й розмірів таза роділлі.

**Розмір Цангемейстера** – акушер спочатку вимірює тазоміром зовнішню кон’югату, а потім, не зрушуючи задній ґудзичок тазоміра, передню ставить на найбільш виступаючу точку голівки (це і є розмір Цангемейстера). Якщо розмір Цангемейстера буде більшим 2см. за зовнішню кон’югату, значить між тазом матері й голівкою є невідповідність.

Симптомами клінічної невідповідності, що проявляються в процесі пологів, є також:

* + тривале стояння голівки над входом у таз при наявності хорошої пологової діяльності;
  + відсутність просування голівки при повному відкритті і активній пологовій діяльності;
  + конфігурація голівки й розміри родової пухлини;
  + асинклітичне вставлення голівки;
  + симптоми притиснення сечового міхура;
  + симптоми загрозливого розриву матки (часті й болючі перейми, високе стояння контракційного кільця, що супроводжується болючістю нижнього сегмента матки, утруднене сечовипускання, набряк шийки матки, що поширюється на піхву й зовнішні статеі органи, мимовільна й непродуктивна потужна діяльність).

Клінічно вузький таз потребує негайного оперативного родорозрішення шляхом операції кесарева розтину.

###### **5. План організації заняття**

Організаційний момент 2 % навчального часу

Мотивація теми3% навчального часу

Контроль вихідного рівня знань20% навчального часу

Самостійна робота студента35% навчального часу

Контроль остаточного рівня знань20% навчального часу

Оцінка знань студентів 15% навчального часу

Узагальнення викладача, завдання додому, зауваження 5% навчального часу

**6. Основні етапи заняття**

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

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

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

###### **7. Методичне забезпечення**

*Місце проведення заняття:*

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

*Оснащення:*

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

8. Контрольні запитання та завдання

1. Частота та причини виникнення вузьких тазів.
2. Поняття анатомічнозвужений таз і клінічновузький таз.
3. Класифікація вузьких тазів по формі звуження.
4. Характеристика загальнорівномірнозвуженого, плоского, плоско-рахітичного тазу та їх розміри.
5. Характеристика форм вузьких тазів, які рідко зустрічаються.
6. Діагностика звуженого тазу (дані анамнезу і об'єктивного дослідження).
7. Класифікація вузьких тазів за ступенем звуження.
8. Особливості біомеханізму пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі.
9. Особливості ведення вагітних жінок з вузьким тазом у жіночій консультації.
10. Особливості біомеханізму пологів при простому плоскому та плоскорахітичному тазі.
11. Діагностика клінічно вузького тазу.
12. Принципи ведення пологів при вузьких тазах.
13. Ускладнення в пологах при вузьких тазах.

**9. Тестовий контроль**

1.Які основні причини формування вузького тазу?

1. Акушерська травма
2. Рахіт
3. Зачаття у стані алкогольного сп’яніння
4. Інфекційні захворювання в дитинстві
5. Гіповітаміноз

2.Які вузькі тази відносяться до тих, що зустрічаються часто?

1. Простий плоский таз
2. Остеомалятичний таз
3. Лійкоподібний таз
4. Косозміщений таз
5. Остеолістетичний таз

3.Яка величина справжньої кон’югати при 2 ступені звуження(за класифікацією Літцмана)?

1. 11-12,5 см
2. 11-9 см
3. 9-7,5 см
4. 7,5-5,5 см
5. 5,5 см і менше

4.До яких ускладнень може призводити наявність вузького тазу у вагітних жінок?

1. До низької плацентації
2. До неправильних положень плода
3. До багатопліддя
4. До відшарування плаценти
5. До передлежання плаценти

5. Коли має бути діагностований анатомічно вузький таз у вагітної жінки?

1. При першій явці в жіночу консультацію
2. Наприкінці вагітності
3. Після передчасного злиття вод
4. В першому періоді пологів
5. В другому періоді пологів

6. При якій формі вузького тазу зменшений прямий розмір входу в малий таз, а d. spinarum и d. cristarum практично рівні?

1. Простий плоский
2. Плоскорахітичний
3. Загальнозвужений плоский
4. Поперечнозвужений
5. Загальнорівномірнозвужений

7. Для якої форми вузького тазу характерно зменшення тільки прямих розмірів?

1. Простий плоский
2. Плоскорахітичний
3. Загальнозвужений плоский
4. Загальнорівномірнозвужений
5. Лійкоподібний

8. До якої групи вузьких тазів відносяться - інфантильний, чоловічий, карликовий тази?

1. Загальнорівномірнозвужений
2. Поперечнозвужений
3. Загальнозвужений плоский.
4. Простий плоский
5. Плоскорахітичний

9. При якій формі вузького тазу відбувається максимальне згинання голівки?

1. Загальнорівномірнозвужений
2. Загальнозвужений плоский
3. Простий плоский
4. Плоскорахітичний
5. Косозміщений

10. Для якого з вузьких тазів характерно тривале високе стояння голівки, незначне розгинання, синклітичне вставлення?

1. Плоскорахітичний
2. Поперечнозвужений
3. Загальнорівномірнозвужений
4. Простий плоский
5. Загальнозвужений плоский

# 10. Ситуаційні задачі.

***Задача № 1***. Впершенароджуюча P., 22 p. поступила до клініки з гарною пологовою діяльністю, яка почалася 8 год. тому. Пологи термінові. Об'єктивно: будова тіла правильна, зріст – 145 см, маса – 53 кг. Загальний стан задовільний, набряків немає. Окружність живота – 98 см, висота стояння дна матки – 28 см. Розміри тазу: 22 -25-27-17см. Обвід тазу - 80 см, бокова кон'югата -14 см, індекс Соловйова - 2. Ромб Міхаеліса витягнутий зверху донизу (бокові куги тупі, верхній та нижній - гострі). Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Ознака Генкель-Вастена негативна. Серцебиття плода ясне, ритмічне, частота - 140 уд./хв. Перейми задовільної сили, тривалістю 30 сек., через 6 -7 хв. Орієнтовна маса плода за формулою Лебедева – 2750 г, за даними ультразвукового дослідження 2800 г. Дані піхвового дослідження: піхва жінки, що не народжувала, шийка матки згладжена, відкрита на 6 см. Плідний міхур цілий, напружується при переймах. Передлежача голівка плода притиснута до входу в малий таз. Стрілоподібний шов - в правому косому розмірі, мале джерельце - зліва ближче до лона. Мис крижів досягається, діагональна кон'югата – 10 см. Справжня кон'югата – 8 см.

*Діагноз? Клінічні ознаки, на підставі яких встановлено діагноз. Розрахувати справжню кон'югату у роділлі. Прогноз і план ведення пологів.*

***Задача*** ***№ 2.*** Роділля Ф., 28 років, повторнонароджуюча, поступила з регулярною пологовою діяльністю. Пологи термінові. Перейми почались 6 годин тому. Було дві вагітності: перша вагітність закінчилась народженням живої дитини з масою 2700 г, друга мертвонародженою дитиною масою 2900 г. Перші пологи тривали 2 доби, другі також були тривалі. Загальний стан задовільний. Зріст 149 см, маса тіла - 56 кг. Будова тіла правильна. Скелет не деформований. Живіт овоїдної форми, гострокінцевий. Обвід живота – 98 см. Висота стояння дна матки над лоном 35 см. Розміри тазу: 25-28-30-17 см. Положення плода повздовжнє, передлежача голівка плода притиснута до входу в малий таз. Ознака Генкель-Вастена - голівка плода врівень із симфізом. Серцебиття плода ясне, ритмічне, частота – 140 уд./хв. Перейми середньої сили, тривалістю 25-30 сек., через 8-10 хв. Вилились в помірній кількості світлі навколоплідні води. Орієнтовна маса плода за формулою Лебедева – 3430 г. Дані піхвового дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, лобковий кут прямий. Шийка матки згладжена, відкриття її 4 см, плідний міхур відсутній. Голівка плода - малим сегментом у вході в малий таз, стрілоподібний шов - в поперечному розмірі входу в малий таз. Пологової пухлини на голівці немає. Мис крижа досягається. Діагональна кон'югата - 9,5 см. Додаткові вимірювання: індекс Соловйова- 1,5; окружність тазу – 78 см; бокові кон'югати - по 13 см, висота лобкового симфізу – 4 см; лобковий кут тупий; розміри виходу: поперечний -11 см, прямий -7,5 см, ромб Міхаеліса зміненої форми - верхній трикутник дуже низький. Розміри плода: прямий розмір голівки - 11,5 см, довжина овоїду плода, виміряна тазоміром – 24 см (довжина плода приблизно - 48-50 см.).

*Діагноз? Клінічні ознаки, на підставі яких встановлено діагноз. Прогноз та план ведення цих пологів? Особливості біомеханізму пологів при даній формі тазу.*

***Задача*** ***№ 3.*** Роділля Ч., 33 p., доставлена в клініку з терміновими пологами, які тривають 36 год. Води вилились 20 годин тому. Від запропонованого кесарева розтину жінка категорично відмовилась. Потуги почались 3 години тому. Просування голівки плода не відмічається, незважаючи на повне відкриття шийки матки. Дані анамнезу: в дитинстві була хворобливою дитиною, ходити почала з 2років. Від першої вагітності народилась дівчинка, масою 2600 г. Дві наступні вагітності закінчились медичними абортами без ускладнень. Четверта вагітність 3 роки тому, закінчилась самостійними достроковими пологами, які тривали 32 год. Новонароджений масою 2850 г помер на другу добу після народження. Об'єктивно зріст – 150 см, маса тіла – 54 кг. Дані акушерського обстеження: обвід живота – 96 см, висотa стояння дна матки над лоном – 36 см. Розміри тазу: 26-26-31-17 см. Передлежача частина - голівка, малим сегментом у вході в малий таз. Ознака Генкель-Вастена - голівка врівень із симфізом. Серцебиття плода вислухати не вдається, рухи плода не відчуваються протягом 2 год. Орієнтовна маса плода за формулою Лебедева – 3450 г. Дані піхвового дослідження: шийка матки згладжена, розкриття її повне. Плідний міхур відсутній, підтікають густі, мутні води в невеликій кількості з домішками меконію. Голівка - малим сегментом у вході в малий таз. Стрілоподібний шов - в поперечному розмірі входу в малий таз, ближче до мису крижа. На передній тім'яній кістці пальпується велика родова пухлина. Мис крижів досягається, діагональна кон'югата - 9,5 см. Додаткові вимірювання: індекс Соловйова – 1,5 ; обвід тазу – 79 см; бокові кон’югати - по 13,5 см; висота лонного симфізу – 4 см; розміри виходу з малого тазу: поперечний -11 см, прямий - 10,5 см; ромб Міхаеліса значно деформований, майже трикутної форми за рахунок зменшення верхньої половини ромбу, прямий розмір голівки плода - 11,5 см; довжина овоїду плода, виміряна тазоміром – 24 см

*Діагноз? Клінічні ознаки, які підтверджують діагноз? План ведення цих пологів?*

***Задача*** ***№ 4.*** Роділля X., 26 р., направлена лікарем жіночої консультації. Перейми почались 2 години тому. Пологи в строк. Дані анамнезу: перша вагітність наступила через рік, закінчилась мимовільним абортом на 4-му місяці. Наявна вагітність друга. Зріст – 148 см. Будова тіла правильна. Набряків немає. Живіт гострокінцевий, овоїдної форми, окружність – 85 см. Висота стояння дна матки над лоном – 32 см. Розміри тазу: 23-26-28-15 см. Положення плода поздовжнє, спинка - зліва, дрібні частини - справа. Передлежача частина - голівка, балотує над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, частотою 140 уд./хв., зліва нижче пупка. Перейми регулярні, тривалістю 15-20 сек., через 10-12 хв. Води не виливались. Орієнтовна маса плода за формулою Лебедєва -2720 г. Додаткові вимірювання: індекс Соловйова – 1,5; окружність тазу – 73 см; бокові кон'югати - по 13 см; висота лобкового зчленування – 4 см; лобковий кут прямий; розміри виходу тазу - поперечний – 9 см, прямий – 5 см, розміри ромба Міхаеліса вертикальний - 6,5 см, горизонтальний – 8 см; прямий розмір голівки – 10 см; довжина овоїду, виміряна газоміром – 23 см (довжина плода приблизно 46 – 48 см). Дані піхвового дослідження: піхва жінки, що не народжувала, шийка матки вкорочена, вічко пропускає кінчик пальця. Через склепіння піхви визначається голівка плода, що знаходиться високо над входом й малий таз. Мис крижів досягається, діагональна кон'югата - 8,5 см. Екзостозів немає.

*Діагноз? Клінічні симптоми, які підтверджують діагноз? Прогноз і план ведення пологів?*

***Задача*** ***№ 5.*** Роділля Н., 29 р. Навколоплідні води вилились 2 години тому при майже повному розкритті шийки матки, після чого відразу почались слабкі, нетривалі, малопродуктивні потуги. Просування голівки затрималось, потуги стали ще слабкіші. Вагітність четверта. Перша закінчилась терміновими пологами живим плодом масою 3500 г, друга - медичним абортом без ускладнень, третя (три роки тому) - терміновими пологами, які тривали, зі слів породіллі більше доби, народився живий хлопчик масою 3900 г. Об'єктивно: стан роділлі при поступленні задовільний. Зріст – 162 см., маса тіла – 79 кг. Будова тіла правильна. Окружність живота – 114 см, висота стояння дна матки над лоном - 36 см. Матка овоїдної форми. Розміри тазу: 26-29-32-21 см. Положення плода повздовжнє, спинка - зліва, дрібні частини плода - справа. Передлежача частина - голівка великим сегментом у вході в малий таз. Серцебиття плода – 140 уд./хв., ясне, ритмічне, зліва нижче пупка. Орієнтовна маса плода за формулою Лебедева - 4100 г. Потуги короткі, самостійні. Сеча прозора, солом'яно-жовтого кольору. Додаткові вимірювання: окружність. тазу – 85 см, бокові кон'югати дорівнюють 15 см; висота тазу – 13 см; висота лона – 5 см.; індекс Соловйова – 1,5; лобковий кут - 100º; розміри виходу тазу – поперечний -11,5 см; прямий -10,5 см; крижовий ромб має правильну форму, повздовжній розмір - 10,5 см; поперечний - 9 см; прямий розмір голівки - 12 см; довжина напівовалу плода, виміряна тазоміром - 26 см (довжина плода приблизно 52-54 см); розмір Цангемейстера – 18 см (на 3 см менше розміру зовнішньої кон'югати); ознака Генкель-Вастена негативна. Дані піхвовою дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва жінки, яка народжувала, шийка матки згладжена, відкриття повне. Плідний міхур відсутній. Голівка плода великим сегментом у вході в малий таз, стрілоподібний шов - в поперечному розмірі входу, мале і велике тім’ячка розташовані на одному рівні. Стрілоподібний шов злегка нахилений до мису крижів, трохи нижче опущена тім'яна кістка, на якій визначається невелика пологова пухлина. Екзостозів немає.

*Діагноз? Клінічні ознаки, які підтверджують діагноз? План подальшого ведення цих пологів?*

**РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

**Основна**

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

**Додаткова**

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