

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

факультет медичний № 1

кафедра акушерства і гінекології № 1

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ

«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»

Тема:

«Вузкий таз. Аномалії положення та передлежання плода»

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

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

«Затверджено»

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

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

Говсєєв Д.О.



КИЇВ 2025-2026

УДК 618 (072)

Методична вказівка «Вузький таз. Аномалії положення та передлежання плода»

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

Авторський колектив:

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

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1
Протокол № 1 від 29.08.2025 року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1
Протокол № __ від __.__.20__ року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1
Протокол № __ від __.__.20__ року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1
Протокол № __ від __.__.20__ року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1
Протокол № __ від __.__.20__ року**

Вузький таз. Аномалії положення та передлежання плода

I. Актуальність теми

Один з найскладніших аспектів практичного акушерства - раціональне ведення пологів у випадках вузького тазу матері, аномалій передлежання плода та неправильних положень плода, які пов'язані з підвищеним ризиком пологового травматизму для матері та плода, а також перинатальної смертності порівняно з неускладненими пологами.

Ця тема є надзвичайно актуальною через високу частоту виникнення захворювань у дітей та несприятливих наслідків для здоров'я матері та дитини після пологів. Серед ускладнень для матері, важливо відзначити підвищену частоту передчасного розриву плодових оболонок, аномалій пологової діяльності, затяжних пологів та зростаючу кількість необхідних оперативних втручань.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$),

- із частотою аномалій положення та передлежання плода; вузьким тазом. пологами при неправильному положенні та тазовому передлежанні плода.

Засвоїти ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку при вузьких тазах, аномаліях положення та передлежання плода.
- Фактори ризику при вузьких тазах, аномаліях положення та передлежання плода.
- Класифікацію аномалій положення та передлежання плода, вузького тазу.
- Діагностика аномалій положення та передлежання плода; вузького тазу.
- Клініка аномалій положення та передлежання плода; вузького тазу.
- Тактика ведення жінок при вузьких тазах, аномаліях положення та передлежання плода.
- Методи профілактики аномалій положення та передлежання плода.

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Збирати акушерсько-гінекологічний анамнез
- Виконувати акушерсько-гінекологічне дослідження.
- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти ($\alpha=4$):

- Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні аномаліям положення та передлежання плода; вузькому тазу.
- Скласти план обстеження для діагностики аномалій положення та передлежання плода; вузького тазу.
- Оцінити результати основного та додаткового обстеження при аномальних положеннях та передлежання плода; вузькому тазу.
- Скласти план ведення вагітності та пологів при неправильних положеннях та передлежаннях плода, вузькому тазу.
- Сформулювати показання та протипоказання та умови для проведення акушерських поворотів (зовнішнього та класичного)
- Провести діагностику аномалій положення та передлежання плода, вузького тазу.
- Визначити фактори ризику аномалій положення та передлежання плода, вузького тазу.
- Визначити тактику ведення та розродження вагітних з аномаліями положення та передлежання плода, вузьким тазом.

III. Виховні цілі

- Виховна (навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі);
- Наукова (навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування);
- Творча (надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення);
- Відповідальна (розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій).

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

№ п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
1.	Анатомія	Будова жіночого кісткового таза та його розміри Будова зовнішніх і внутрішніх статевих органів, іннервація та кровопостачання	Виконати пельвіометрію Показати шви та тім'ячка на голівці плода

		Анатомічна будова голівки плода, розміри голівки	
2	Гістологія	Питання запліднення і розвитку ембріона і плоду на різних стадіях	
3	Нормальна фізіологія	Фізіологія маткового скорочення	Оцінити скоротливу діяльність матки
Забезпечувані дисципліни			
1	Фармакологія	Вплив фармакологічних речовин, що використовуються, на перебіг пологів та стан плода	Оцінити можливість призначення фармакологічних речовин в пологах та їх вплив на плід
Внутрішньопредметна інтеграція			
1	Педіатрія	❑ Роль перинатальної охорони плода в зниженні показників дитячої захворюваності і смертності ❑ Роль лікаря-педіатра в проведенні заходів перинатальної охорони плода ❑ Механізми терморегуляції новонародженого Оцінка новонародженого за шкалою Апгар	Виконати десять кроків «теплого ланцюжка» Оцінити новонародженого за шкалою Апгар
2	Внутрішньопредметна інтеграція	Фізіологія вагітності та пологів Методи дослідження вагітних пізніх термінів Прийоми Леопольда Аускультация плода	Провести зовнішнє акушерське обстеження вагітної, породіллі Провести аускультацию плода

V. Зміст навчального матеріалу

Рациональне ведення пологів при вузьких тазах, аномаліях передлежання та неправильних положеннях плода відноситься до найбільш важких розділів практичного акушерства в зв'язку з високою частотою пологового травматизму матері і плода, а також перинатальною смертністю порівняно з неускладненими пологами.

Актуальність даного питання зумовлена і підвищеною захворюваністю дітей та несприятливими віддаленими наслідками пологів у вигляді центральних паралічів, відставання розумового розвитку та ін. Серед материнських ускладнень важливо зазначити підвищену частоту передчасного розриву плодових оболонок, аномалій пологової діяльності, затяжних пологів і зростаючої кількості оперативних розроджень.

Частота тазового передлежання 3-3,5% від загальної кількості вагітностей, найбільш часто зустрічається сідничне передлежання (70-75%), рідше – ніжне (25-30%). Неправильне положення зустрічається в 0,2-0,4% випадків, розгинальні передлежання – в 1% випадків.

ВУЗЬКИЙ ТАЗ.

Класифікація та шифр згідно МКХ-10:

- O65 Утруднені пологи внаслідок аномалії тазу матері
- O65.0 Утруднені пологи внаслідок деформації тазу
- O65.1 Утруднені пологи внаслідок загальнорівномірнозвуженого тазу
- O65.2 Утруднені пологи внаслідок звуження входу до тазу
- O65.3 Утруднені пологи внаслідок звуження виходу та середнього діаметра тазу
- O65.4 Утруднені пологи внаслідок невідповідності розмірів тазу і плода неуточнені
- O65.5 Утруднені пологи внаслідок аномалії органів тазу матері
- O65.8 Утруднені пологи внаслідок інших аномалій тазу матері
- O65.9 Утруднені пологи внаслідок аномалії тазу матері неуточнені

Анатомічно вузький таз – таз, у якого один або всі розміри (діаметри) вкорочені не менше ніж на 1,5-2 см порівняно з нормою. Частота даної патології не перевищує 1 – 7% і частіше зустрічається у жінок малого зросту (<152 см).

Етіологія: перенесений рахіт, туберкульоз, травми, пухлини кісток тазу, порушення обміну макро - та мікроелементів в організмі.

Класифікація анатомічно вузького тазу:

Класифікація вузького тазу за ступенем звуження, за величиною істинної кон'югати (conjugata vera):

- при I ступені - 11 - 9 см;
- при II ступені - 9 - 7 см;
- при III ступені - 7 - 5 см;
- при IV ступені - < 5 см (абсолютно вузький таз)

Класифікація тазу за формою звуження: включає типи тазів, що зустрічаються часто і рідкісні типи. Виділяють тази з деформацією та без деформації.

1. Часто поширені форми вузького тазу

A. Звужений таз без деформації:

- Загальнорівномірнозвужений таз – пропорційно зменшені всі діаметри не менше, ніж на 1 см (аналог андрійного тазу). Розміри: 24-26-28-18, С. diagonalis – 11 см, С. vera – 9 см
- Інфантильний, або дитячий

- чоловічого типу
- карликовий таз

Б. Звужений таз з деформацією:

- Плоский таз – зменшені прямі діаметри (аналог платипелоїдного тазу): простий плоский таз (нерахітичний, девентерівський) – зменшені всі прямі розміри. Розміри: 26-29-30-18, C. diagonalis – 11 см, C. vera – 9 см.
- Рахітичний плоский таз (плоскорахітичний) - зменшений лише прямий розмір площини входу при нормальних або збільшених прямих розмірах інших площин. Розміри: 26-26-31-17, C. diagonalis – 10 см, Vera – 8 см.
- Загальнозвужений плоский таз – комбінація загальнозвуженого і плоскорахітичного тазу. Розміри: 24-25-28-16, C. diagonalis – 9 см, Vera – 7 см.
- Таз із зменшенням прямого розміру площини широкої частини. Розміри: 26-29-30-20, C. diagonalis – 12,5 см, C. vera – 11 см.
- Поперечнозвужений таз (робертівський) – зі звуженням поперечних діаметрів при нормальних прямих діаметрах (аналог антропоїдного тазу). Розміри: 24(25)-25(26)-28(29)-20, C. diagonalis – 12,5 см, C. vera – 11 см.

2. Рідкісні форми анатомічно вузького тазу

Косозміщений та косозвужений (асиметричний) характеризується неправильною формою і має декілька різновидів:

- сколіотичний (розвивається при сколіозі у дівчаток)
- кіфотичний таз (розвивається при кіфозі у дівчаток)
- анкілотичний (розвивається при анкілозі крижово-клубових зчленувань)
- коксалгічний (розвивається при вродженому вивиху кульшового суглоба або кокситі).

Лійкоподібний таз – характеризується різким звуженням виходу з тазу.

Спонділолістетичний таз – розвивається в результаті сковзання V поперекового хребця разом з хребтом в сторону порожнини тазу.

Остеомалятичний таз (спалій) – розвивається при розм'якшуванні кісток тазу, внаслідок чого крижі заглиблюються в порожнину малого тазу, крижова кістка вигнута під великим кутом, лоно стиснене й має форму дзюба.

Таз звужений екзостозами і кістковими пухлинами.

Класифікація за формою площини входу в малий таз (Caldwell-Moloy):

1. Гінекоїдний таз (нормальний жіночий таз).
2. Патологічні типи:
 - a. андроїдний (чоловічого типу)
 - b. антропоїдний (прямий розмір входу перевищує поперечний розмір)

с. платипелоїдний (плоский).

Класифікація аномалій кісткового тазу в залежності від рівня звуження:

- Звуження входу в малий таз - прямий діаметр входу в таз менший 10 см, або поперечний діаметр входу в таз менший 12 см
- Звуження порожнини малого тазу – прогностичне значення має поперечний розмір вузької частини порожнини малого таза (відстані між сідничними остями) менше 10 см
- Звуження виходу малого тазу - поперечний діаметр виходу тазу (відстань між сідничними горбами) менше 8 см
- Загальне звуження малого тазу – аналог загальнорівномірно-звуженого тазу.

Біомеханізм пологів при різних формах анатомічно вузького тазу

Особливості біомеханізму пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі:

- вставлення голівки сагітальним швом в одному з косих розмірів
- максимальне згинання голівки плода, внаслідок чого голівка вступає в площину входу в малий таз розміром, меншим за малий косий (9см), ведуча точка – мале тім'ячко
- тривала крижова ротація голівки зі значною конфігурацією
- голівка набуває доліхоцефалічної форми
- розгинання голівки відбувається нижче ніж, ніж при нормальному тазі, у зв'язку з вузькістю лобкового кута.

Особливості біомеханізму пологів при простому плоскому тазі:

- вставлення голівки плоду стрілоподібним швом у поперечному розмірі входу в малий таз
- невелике розгинання голівки
- асинклітичне вставлення голівки (передній асинклітизм)
- виразна конфігурація кісток голівки плода
- внутрішній поворот потилицею до переду (відбувається у вузькій частині малого тазу)
- розгинання голівки має затяжний характер.

Особливості біомеханізму пологів при плоскорухітичному тазі:

- тривале (протягом багатьох годин) високе стояння голівки стрілоподібним швом у поперечному розмірі входу в малий таз

- після опускання голівки в порожнину малого тазу ротація і розгинання голівки відбуваються значно швидше, майже як при "стрімких пологах".

Особливості перебігу пологів при анатомічно звуженому тазі:

- при I-II ступенях звуження за сприятливих обставин (активна пологова діяльність, малі розміри голівки плода, нормальне вставлення її, добра здатність голівки до конфігурації) - пологи без особливих ускладнень
- при III-IV ступенях звуження - пологи живим доношеним плодом неможливі.

Можливі ускладнення пологів при вузькому тазі:

- ✓ передчасне або раннє відходження навколоплідних вод,
- ✓ випадіння пуповини,
- ✓ неправильне вставлення голівки,
- ✓ тривале стояння голівки в площині входу в малий таз і повільне просування по пологовому каналу,
- ✓ вторинна слабкість пологової діяльності,
- ✓ защемлення передньої губи шийки матки,
- ✓ затискання м'яких тканин між кістками таза і голівкою з ризиком формування нориць,
- ✓ затримка сечовипускання,
- ✓ травми таза (розходження симфізу),
- ✓ розрив матки,
- ✓ травми новонародженого.

Акушерська тактика при анатомічно вузькому тазі:

- ❖ при I-II ступенях звуження тактика може бути очікувальною
- ❖ при виникненні ознак клінічно вузького таза - кесарський розтин.
- ❖ при III-IV ступенях звуження - кесарський розтин.

Клінічно (функціонально) вузький таз – *усі випадки функціональної невідповідності між голівкою плода та тазом матері незалежно від їх розмірів.*

Клінічно вузький таз ускладнює від 2,4 – 7,2% пологів, частота цього ускладнення в структурі кесарського розтину складає 9,4 – 49%. У роділь з анатомічно вузьким тазом частота клінічно вузького таза складає 30%.

Діагностика клінічно вузького таза (можлива *тільки з настанням пологів*):

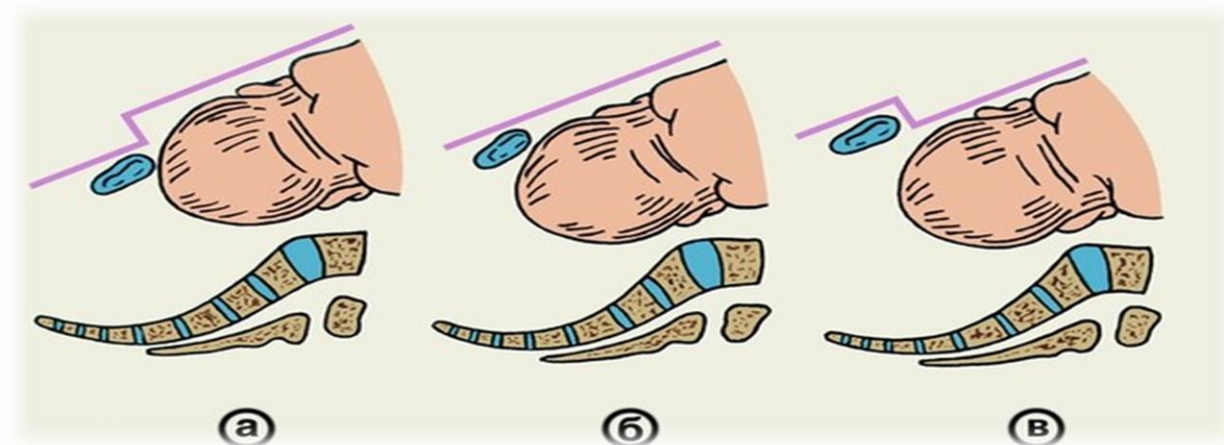
Не мають прогностичного значення (А):

- ✓ визначення невідповідності розмірів голівки плода і таза матері до початку пологів;

- ✓ проведення клінічної, рентгенологічної, ультразвукової, комп'ютерної пельвіометрії;
- ✓ високе стояння голівки перед пологами.

Фактори ризику виникнення клінічно вузького таза:

- анатомічно вузький таз;
- великий плід;
- розгинальні передлежання голівки плода (лобне, передній вид лицьового передлежання);
- асинклітичні вставлення голівки плода (задньотім'яне, високе пряме стояння сагітального шва);
- переношена вагітність;
- гідроцефалія плода;
- пухлини і вади розвитку плода;
- пухлини і вади розвитку таза матері



Умови діагностики клінічно вузького таза:

- ✓ розкриття шийки матки більше 8 см;
- ✓ відсутність плідного міхура;
- ✓ випорожнений сечовий міхур;
- ✓ нормальна скорочувальна діяльність матки.

Для встановлення відповідності між тазом матері і плода досліджують ознаку Генкель-Вастена та розмір Цангемейстера в процесі пологів.

Ознака Генкель-Вастена: **позитивна** – поверхня голівки знаходиться вище поверхні симфізу, або на одному рівні (нема відповідності між тазом і голівкою); **негативна** – поверхня голівки знаходиться нижче площини симфізу (є відповідність між тазом і голівкою).

Розмір Цангемейстера – відстань від надкрижової ямки до найбільш виступаючої над симфізом точки голівки, який порівнюють із зовнішньою кон'югатою.

- розмір менший зовнішньої кон'югати на 3 см – є відповідність між тазом і голівкою;
- розмір дорівнює зовнішній кон'югаті – відповідність між тазом і голівкою сумнівна;
- розмір більший зовнішньої кон'югати – нема відповідності між тазом і голівкою.

Діагностичні ознаки клінічно вузького таза(при наявності двох або більше ознак встановлюють діагноз):

- ❖ відсутність поступального руху голівки при повному розкритті шийки матки та нормальній пологовій діяльності;
- ❖ симптом Вастена врівень або позитивний (розмір Цангемейстера більше, ніж кон'югата екстерна);
- ❖ недостатнє прилягання шийки матки до голівки плода (нависання шийки матки);
- ❖ високе розташування контракційного кільця;
- ❖ поява потуг при високому розташуванні голівки плода;
- ❖ набряк шийки матки з можливим поширенням на піхву і зовнішні статеві органи;
- ❖ симптоми здавлення сечового міхура.

Акушерська тактика при клінічно вузькому тазі

- ❖ Встановлений діагноз клінічно вузького таза є показанням до завершення пологів шляхом кесаревого розтину.
- ❖ За умови загибелі плода розродження проводять шляхом плоторуйнівної операції.
- ❖ Акушерські щипці та вакуум-екстракція плода при клінічно вузькому тазі протипоказані.

У післяпологовому періоді особливу увагу приділяють стану лобкового, крижового-клубового зчленувань, розходження яких є можливим при клінічно вузькому тазу.

АНОМАЛІЇ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА

Нормальне передлежання плода – передній вид потиличного передлежання, при якому голівка при вході в малий таз проходить усі площини найменшим своїм (малим косим) розміром.

Задній вид потиличного передлежання та тазове передлежання є межевими між фізіологічним та патологічним.

До аномалій передлежань голівки плода належать:

- ❖ Розгинальні вставлення голівки
- ❖ Асинклітичні вставлення голівки

- ❖ Високе пряме та низьке поперечне стояння голівки

Тазове передлежання плода

Тазовим передлежанням плода називається таке, при якому тазовий кінець плода розміщується в площині входу чи над входом у малий таз.

Причини виникнення тазового передлежання

Органічні:

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

Функціональні:

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

Класифікація:

1. Сідничне передлежання (згинальне):

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

2. Ножне передлежання (розгинальне):

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

Діагностика:

Зовнішнє акушерське дослідження (прийоми Леопольда, аускультация):

- ✓ в ділянці дна матки визначають округлу, щільну, балотуючу голівку

- ✓ над входом, або при вході малого тазу пальпують неправильної форми передлеглу частину плода м'якої консистенції, що не балотує
- ✓ під час аускультації серцебиття плода вислуховується залежно від позиції справа або зліва вище пупка.

Внутрішнє акушерське дослідження під час вагітності (табл. 1):

Вид передлежання	Внутрішнє акушерське дослідження
Сідничне неповне	○ пальпують об'ємну м'яку частину плода ○ визначають сідничні бугри, крижі, анальний отвір, статеві органи ○ пальпуються дрібні частини (стопи), що лежать поряд з об'ємною м'якою частиною (сідницями)
повне	
Ножне: неповне	○ пальпується дрібна частина плода – стопа ○ пальпується п'ятова кістка, пальці, великий палець ніжки неможливо притиснути до підшви
повне	○ пальпуються дрібні частини плода - дві стопи ○ пальпуються п'яткові кістки, пальці, великі пальці ніжок неможливо притиснути до підшв
колінне	○ пальпуються коліна плода

УЗД – найбільш інформативний метод діагностики (А). Дозволяє визначити не лише тазове передлежання, але й очікувану масу, положення голівки (ступінь розгинання), локалізацію плаценти, кількість навколоплідних вод, обвиття пуповиною, наявність аномалії розвитку плода тощо.

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

- I.** Голівка зігнута, кут більше 110 градусів
- II.** Голівка слабо розігнута, “поза військового” – I ступінь розгинання голівки, кут 100 – 110 градусів
- III.** Голівка помірно розігнута – II ступінь розгинання, кут – 90-100 градусів
- IV.** Надмірне розгинання голівки, “плід дивиться на зірки” – III ступінь розгинання голівки, кут менший за 90 градусів.

Організація надання медичної допомоги

В термін вагітності 30 тижнів проводять заходи, що сприяють самоповороту плода на голівку. Для цього рекомендують (С):

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

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

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

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

Протипоказання до проведення гімнастичних вправ:

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

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

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

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

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

Зовнішній поворот плода на голівку.

Показання:

- неповне сідничне передлежання за доношеної вагітності та живому плоді.

Умови:

- передбачувана маса плода < 3700,0 г

- нормальні розміри малого тазу
- спорожнений сечовий міхур вагітної\можливість проведення УЗД передлежання і стану плода до- та після проведення повороту
- задовільний стан плода за БПП та відсутність аномалій розвитку
- нормальна рухливість плода, достатня кількість навколоплідних вод
- нормальний тонус матки, цілий плодовий міхур
- готовність операційної до надання екстреної допомоги у разі виникнення ускладнень
- наявність досвідченого кваліфікованого фахівця, який володіє технікою повороту.

Протипоказання:

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

Техніка зовнішнього повороту плода на голівку:

- ✓ положення жінки на боці, з нахилом 30-40° в сторону спинки плода
- ✓ сідниці плода відводять від входу малого тазу долонями лікаря, введеними між лоном та сідницями плода
- ✓ обережно зміщують сідниці плода у бік позиції плода
- ✓ зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції
- ✓ закінчують поворот шляхом зміщення голівки плода до входу малого тазу, а сідниць – до дна матки
- ✓ Якщо перша спроба повороту була невдалою, проведення другої є недоцільним.

Ускладнення:

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

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

Госпіталізація до акушерського стаціонару у терміні 39-40 тижнів, якщо немає інших показань до госпіталізації на більш ранніх термінах вагітності. У терміні 38 тижнів визначають необхідність госпіталізації до акушерського стаціонару III рівня за наступними показаннями:

- наявність обтяженого акушерсько – гінекологічного анамнезу
- ускладнений перебіг даної вагітності
- екстрагенітальна патологія

Ведення пологів

План ведення пологів розробляють перинатальним консилиумом за участю анестезіолога і неонатолога та узгоджують з роділлем.

З метою вибору тактики розродження слід враховувати паритет пологів, акушерський анамнез, термін вагітності, зрілість пологових шляхів, розміри тазу, наявність чи відсутність плідного міхура, стан плода та його розміри, положення голівки, різновид тазового передлежання, екстрагенітальну патологію, вік жінки та характер пологової діяльності.

Показання до кесаревого розтину:

- ножне передлежання плода
- розгинання голівки плода I-III ступеня за даними УЗД
- пухлини шийї плода та гідроцефалія
- передбачувана маса плода більше 3700 г
- тазове передлежання плода при терміні гестації 27-29 тижнів та необхідність розродження
- рубець на матці
- переношена вагітність (41 тиж. та більше) та незрілість пологових шляхів
- анатомічно вузький таз та доношена вагітність
- ДРТ (ЕКЗ) та відмова жінки від вагінальних пологів
- недостатній ріст плода та (або) порушення кровотоку в а. пуповини за даними доплерометрії
- передчасний розрив плодових оболонок та незріла шийка матки при безводному проміжку більше 24 годин

Пологи через природні пологові шляхи

- ✓ Оцінити показання, упевнитися в тому, що є всі необхідні умови для безпечного проведення пологів через природні пологові шляхи і відсутні показання до кесарева розтину
- ✓ Слідкувати за перебігом I періоду пологів шляхом ведення партограми (без заповнення таблиці 2 на партограмі)
- ✓ реєстрація КТГ
- ✓ У разі розриву плодових оболонок негайно провести внутрішнє акушерське дослідження для виключення випадіння пуповини
- ✓ II період пологів вести з мобілізованою веною для внутрішньовенного введення 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину NaCl (до 20 крапель за хвилину)
- ✓ У ранню фазу другого періоду пологів слід надавати перевагу техніці «не керованих фізіологічних потуг», коли жінка робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання
- ✓ Допомога за Цов'яновим I (II) у другому періоді пологів
- ✓ у другому періоді пологів контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультації кожні 5 хвилин (при необхідності частіше) у ранню фазу другого періоду та після кожної потуги у активну фазу
- ✓ проведення епізіотомії за показаннями; пудендальної анестезії (С)
- ✓ II період пологів ведуть у присутності анестезіолога, неонатолога
- ✓ пологи у сідничному передлежанні має проводити досвідчений кваліфікований фахівець (першої та вищої категорії)

Неповне та повне сідничне передлежання

<i>Народження сідниць та ніжок</i>	Під час вривування сідниць пропонуйте жінці тужитись ✓ якщо промежина погано розтягується, проведіть епізіотомію ✓ дозвольте сідницям народжуватись самостійно до пупка, підтримуючи ніжки витягнутими вдовж тулуба і приведеними до живота, відповідно до біомеханізму пологів: великі пальці рук лікаря знаходяться на задній поверхні стегон, а чотири пальці на попереково-крижовій області плода, обережно підтримуйте сідниці, але не тягніть їх (допомога за Цов'яновим I) ✓ Передчасно не тягніть плід за паховий згин, сіднички, якщо для цього немає показань (дистрес плода) ✓ Підтримуйте плід за стегна, не тримайте за боки та живіт, оскільки можна пошкодити нирки або печінку плода
---	--

<i>Народження ручок</i>	Плід, що народився до пупка захоплюють великими пальцями у ділянці стегон спереду, чотири пальці розташовують в області сідниць та крижів ✓ тулуб відхиляється донизу (дозаду) поки не з'являється нижній кут лопаток. Плечики плода у цей час розташовані в прямому чи злегка косому розмірі виходу таза ✓ під час тракції донизу (дозаду) із-під симфізу народжується передня ручка ✓ після самостійного народження передньої ручки, піднімають сідниці до живота матері, щоб дати можливість задній ручці народитись самостійно ✓ у разі, коли ручки плода не народжуються самостійно, цей стан розцінюють як закидання ручок і негайно переходять до надання класичної ручної допомоги для виведення плечового поясу плода
<i>Класична ручна допомога з виведення ручок плода</i>	Тулуб плода розташовують в прямому розмірі таза ✓ однією рукою (при І позиції – лівою) беруть ніжки плода в області гомілкових суглобів і відводять їх догори (вперед) та в сторону протилежну спинці плода, ближче до стегна роділлі (при І позиції – до правого стегна) ✓ вводять другу руку у піхву до крижової впадини роділлі по спинці плода, а далі по плечики доходять до ліктьового згину і виводять задню ручку ✓ вивільнення ручки плода проводять за ліктьовий згин (не за плечову кістку!) таким чином, щоб вона зробила “вмивальний” рух ✓ передню ручку виводять, після переведення її у задню, також зі сторони крижової впадини: захоплюють обома руками плід за таз та передню частину стегон (не торкатися живота плода – 4 пальці кожної руки на крижах та попереку плода, а великі пальці на стегнах) і повертають його на 180, спинка плода у цей час проходить під симфізом, звільняють другу ручку аналогічно першій з боку крижової впадини
<i>Народження голівки</i>	А. У разі неускладненого перебігу пологів, відсутності закидання ручок голівка плода народжується у стані згинання: ✓ підводять руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя ✓ асистент допомагає народженню голівки плода шляхом помірною тиску над лоном, що попереджує розгинання голівки

	✓ опускають тулуб плода нижче рівня промежини для формування точки фіксації підпотиличної ямки з нижнім краєм лонного зчленування ✓ піднімають тулуб плода вище рівня промежини ✓ голівка плода народжується у стані згинання самостійно, навколо сформованої точки фіксації Б. Якщо в пологах надавалась класична ручна допомога для виведення плечового поясу та ручок плода, народженню голівки допомагають прийомом Морісо-Левре-Ляшпель: ✓ підведіть руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя ✓ введіть вказівний та безіменний палець цієї руки на скулові кістки плода, а середній палець в рот плода для відведення щелепи вниз і згинання голівки ✓ використовуйте іншу руку для захоплення плечиків плода з боку спинки ✓ вказівним і середнім пальцями верхньої руки обережно зігніть голівку плода у напрямку до грудини, доки прикладений знизу тиск на щелепу не призведе до появи межі волосистої лінії голівки плода ✓ зробіть тракцію на себе ✓ асистент натискує долонною поверхнею руки над лонним зчленуванням роділля, фіксуючи голівку плода у положенні згинання ✓ обережно зробіть тракцію догори (вперед) для народження голівки плода у зігнутому положенні
--	--

Ножне передлежання

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

- ☐ народження другого плода у разі багатоплідної вагітності
- ☐ за наполяганням жінки, що повторно народжує, за умов активної пологової діяльності та малих (середніх) розмірах плода (до 3500 г)

У II періоді пологів – надають ручну допомогу за методом Цов'янова II з метою повного розкриття шийки матки і опускання сідниць плода: стерильною пелюшкою покривають зовнішні статеві органи та долонею, що прикладена до вульви запобігають передчасному випадінню ніжок із піхви. Протидію ніжкам, що народжуються слід проводити до повного розкриття шийки матки. На що вказує виражене вип'ячування промежини передлеглою частиною плода, зияння отвору заднього проходу, виступання

ніжок з-під бічних сторін долоні акушера. Після цього протидію ніжкам більше не виконують і плід народжується до нижніх кутів лопаток, після цього ручна допомога така ж як і при сідничному передлежанні.

У разі дистресу плода у II періоді пологів (сіднички плода на тазовому дні або врізуються) розродження проводять шляхом операції екстракції плода за ніжку, за обидві ніжки (при ножному передлежанні), за паховий згин (при сідничному передлежанні)

РОЗГИНАЛЬНІ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ТА ВСТАВЛЕННЯ ГОЛІВКИ ПЛОДА

Передлежання – голівка плода над входом в малий таз;

Вставлення - голівка плода вставлена в площину входу малим або великим сегментом.

Етіологія розгинальних передлежань:

- недостатність нижнього сегменту матки
- анатомічно звужений таз, особливо плоский
- Багатопліддя
- передчасне і раннє відходження навколоплідних вод
- кіфоз хребта у матері
- недостатність передньої черевної стінки (в'ялий і відвислий живіт) і тазового дна
- підслизові міоми матки
- передлежання плаценти
- дуже велика або навпаки, дуже маленька голівка плода
- пухлини в ділянці шийі плода
- втрата плодом звичайної своєї пружності (мертвий плід) та ін..

Всі ступені розгинання голівки плода зустрічаються переважно у повторнороділь.

Класифікація за ступенем розгинання голівки:

I ступінь розгинання (передньоголовне вставленням) - голівка проходить через пологовий канал прямим розміром, ведучою точкою є велике тім'ячко.

II ступінь розгинання (лобне вставлення) - більш значне розгинання голівки, яка проходить через пологовий канал великим косим розміром, ведучою точкою є середина лобного шва.

III ступінь розгинання (лицьове вставлення) - голівка розігнута так сильно, що ведучою точкою стає підборіддя, через пологовий канал голівка проходить вертикальним розміром.

Діагностика

Зовнішнє акушерське дослідження: над входом або при вході до малого тазу пальпується велика передлегла частина.

Внутрішнє акушерське дослідження (при доношеній вагітності і прохідності цервікального каналу не менше ніж для одного пальця) (табл.2).

Вид передлежання	Внутрішнє акушерське дослідження
<i>Передньоголовне</i>	Визначається сагітальний шов і велике тім'ячко на одному рівні з малим (після народження голівка має брахіоцефалічну форму).
<i>Лобне</i>	Визначається лобний шов, корінь носа, верхні частини орбіт
<i>Лицьове</i>	Визначаються: - тверді валики та щелепи, ротик та ніс плода; - рот та молярні відростки мають трикутну форму

Ультразвукове дослідження

За величиною кута між шийним відділом хребта та потиличною кісткою плода діагностують ступінь розгинання голівки:

- голівка слабо розігнута, «поза військового» – I ступінь розгинання голівки, кут 100–110°
- голівка помірно розігнута – II ступінь розгинання, кут 90–100°
- надмірне розгинання голівки, «плід дивиться на зірки» – III ступінь розгинання голівки, кут менший за 90°.

Біомеханізм пологів при розгинальному вставленні голівки

1. Передньоголовне вставлення.

I момент біомеханізму пологів - помірне розгинання голівки, при якому голівка устанавлюється стрілоподібним і частиною лобного шва в поперечному, або, дуже рідко, в одному з косих розмірів тазу. Голівка плода вставляється своїм прямим розміром 12 см. У міру просування голівки ведучою точкою стає велике тім'ячко. Можливо асинклітичне вставлення.

II момент біомеханізму пологів - внутрішній поворот: стрілоподібний шов з поперечного розміру входу в малий таз переходить у прямий розмір виходу з малого тазу, потилицею до куприка. Голівка здійснює поворот при переході через площину вузької частини порожнини малого тазу.

III момент біомеханізму пологів - згинання голівки. Згинання голівки відбувається в шийній частині хребта. Точкою фіксації є перенісся, а точкою опори – нижній край лонного зчленування. Народжуються лоб, тім'я й потилиця плода.

IV момент біомеханізму пологів - розгинання голівки. Точкою фіксації є підпотилична ямка, точкою опори - верхівка куприка. Народжується обличчя плода.

V момент біомеханізму пологів - внутрішній поворот плічків і зовнішній поворот голівки - відбувається так само, як і при потиличному передлежанні.

2. Лобне вставлення.

I момент біомеханізму пологів- розгинання голівки. Голівка встановлюється в поперечному розмірі входу тазу, своїм великим косим розміром, що дорівнює 13,5 см. Голівка різко конфігурується і з великою напругою проходить у порожнину малого тазу.

II момент біомеханізму пологів- внутрішній поворот голівки потилицею до куприка - відбувається при переході через площину вузької частини порожнини малого тазу. Лобний шов устанавлюється у прямому розмірі виходу з малого тазу.

III момент біомеханізму пологів- згинання голівки. Утворюється точка фіксації верхня щелепа й точка опори - нижній край лонного зчленування. При цьому над промежиною викочується тім'я й потилиця плода.

IV-й (розгинання) і V-й (внутрішній поворот голівки й зовнішній поворот плічок) моменти біомеханізму пологів відбуваються так само, як при передньоголовному вставленні.

3. Лицьове вставлення

I момент біомеханізму пологів - розгинання голівки. Розгинання відбувається в шийній частині хребта. У результаті передлежачою частиною стає обличчя. У поперечному або в одному з косих розмірів входу в таз устанавлюється лицева лінія. При досягненні голівкою повного розгинання вона проходить через пологовий канал окружністю, що відповідає вертикальному розміру 9,5 см.

II момент біомеханізму пологів - внутрішній поворот голівки. Лицева лінія поступово переходить із поперечного розміру в косій, а потім коли голівка досягає виходу, у прямий розмір, при цьому вона впирається під'язиковою кісткою в нижній край лонного зчленування. Дуже рідко поворот голівки відбувається підборіддям до куприка. У такому положенні пологи не можливі (здвоєне тіло - голівка й тулуб плода).

III момент біомеханізму пологів - згинання голівки після фіксації її ділянкою під'язикової кістки в лобкову дугу, а над промежиною викочуються личко, тім'я і потилиця.

IV момент біомеханізму пологів - внутрішній поворот плічок і зовнішній поворот голівки потилицею у бік позиції.

Особливості перебігу та ведення пологів при розгинальному вставленні голівки плода.

- ❖ При передньоголовному вставленні пологи мають затяжний перебіг, значно підвищують ризик травматизму матері й плода й можливі лише тоді, коли відбуваються в задньому виді.

- ❖ При лобному вставленні пологи доношеним плодом через природні пологові шляхи, неможливі, тому лобне вставлення є показанням до операції кесарева розтину, а завершитися пологи можуть у задньому виді при недоношеному плоді.
- ❖ При лицьовому вставленні пологи через природні пологові шляхи можливі лише у задньому виді, якщо немає інших моментів, що їх ускладнюють (великий плід, слабкість пологової діяльності й ін.). Після пологів голівка має різко виражену доліхоцефалічну форму, на обличчі - виражений набряк, деформація. При передньому виді лицевого передлежання пологи через природні родові шляхи не можливі, що є показанням до операції кесарського розтину.

Асинклітичні вставлення голівки

1. Синклітичне (осьове) вставлення – під час вставлення голівки стрілоподібний шов розташовується на однаковій відстані від симфізу та крижового мису, це є нормальне вставлення.

2. Асинклітичне (позаосьове) вставлення - стрілоподібний шов відхиляється ближче до крижового мису або до симфізу.

- *Передній асинклітизм* (переднотім'яне, Негелівське вставлення) – стрілоподібний шов відхиляється ближче до крижового мису, вставляється передня тім'яна кістка. Характерний для біомеханізму пологів при простому плоскому тазі, іноді при плоскорухітичному тазі. Пологи через природні шляхи можливі, тактика ведення – очікувальна.

- *Задній асинклітизм* (заднотім'яне, Літсмана) – стрілоподібний шов відхиляється ближче до симфізу, вставляється задня тім'яна кістка. Може утворитися при загальнозвуженому, плоскому, плоскорухітичному тазі. Пологи неможливі, тактика ведення – кесарський розтин.

АНОМАЛІЇ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА

Неправильне положення плода – положення плода, при якому повздовжня вісь плода не збігається з повздовжньою віссю матки (0,2-0,4%):

Поперечне положення плода (situs transversus) – при якому, вісь плода утворює з повздовжньою віссю матки кут в 90°,

Косе положення плода (situs obliquus) – при якому, вісь плода і вісь матки перетинаються під кутом меншим 90°.

Причини формування неправильних положень плода:

- аномалії розвитку матки,
- пухлини в нижньому сегменті матки
- аномалії розвитку плода,
- передлежання плаценти,
- багатоводдя, маловоддя,

багатоплідна вагітність,
дряблість передньої черевної стінки,
крайні ступені звуження розмірів тазу.

Діагностика.

1. Огляд живота:

- ✓ куляста форма матки, витягнута в поперечному розмірі
- ✓ окружність живота перевищує норму для відповідного терміну вагітності

2. Дані зовнішнього акушерського обстеження(прийоми Леопольда – Левицького):

- ✓ висота стояння дна матки завжди менше норми для відповідного терміну вагітності
- ✓ у дні матки відсутня яка-небудь велика частина, у бічних відділах матки виявляють великі частини плода (з одного боку - круглу щільну, з іншого боку м'яку)
- ✓ передлегла частина плода не визначається
- ✓ за положенням голівки визначають позицію: при першій позиції голівка визначається ліворуч, при другій - праворуч
- ✓ вид плода, зазвичай, розпізнають по спинці: спинка повернута вперед - передній вид, спинка назад - задній. Якщо спинка плода повернена вниз, то має місце несприятливий варіант (dorsoinferior) - при ньому створюються несприятливі умови для екстракції плода.

3. Вагінальне дослідження (під час вагітності або на початку пологів):

при цілому плодовому міхурі - відсутність передлеглої частини.

після розриву плодових оболонок і розкритті шийки матки на 4-5 см - можна визначити плече, лопатку, остисті відростки хребців, підпахову западину.

4. УЗД – найбільш інформативний метод діагностики (А).

Перебіг і тактика ведення вагітності.

Вагітність перебігає без особливих відхилень від норми. Підвищується ризик передчасного розриву плодових оболонок, особливо в третьому триместрі вагітності.

Попередній діагноз неправильного положення плода встановлюють в 30 тиж. ваг., остаточний – у 37-38 тижнів.

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

З 32 до 37 тижнів з метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати (жіноча консультація):

- коригуючу гімнастику (С): положення на боці, протилежному позиції плода; колінно-ліктьове положення по 15 хв. 2-3 рази на добу.
- комплекс коригуючих гімнастичних вправ (С) за однією з існуючих методик [І.Ф. Дикань, І.І. Грищенко, В.В. Фомічова, Е.В. Брюхіна].

Протипоказання:

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

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

При вичікувальній тактиці ведення вагітності велика частина плодів, що мали неправильне положення, розташовується поздовжньо до початку пологів.

У терміні 38 тижнів визначають необхідність госпіталізації в акушерський стаціонар III рівня, в якому з метою уточнення діагнозу проводять ультразвукове дослідження, оцінюють стан плода (проведення біофізичного профілю плода – БПП, за необхідністю – доплерометрія), визначають готовність жіночого організму до пологів.

План ведення пологів розробляють консилиумом за участі анестезіолога і неонатолога та узгоджують з жінкою.

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

Умови:

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

Протипоказання:

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

Техніка зовнішнього повороту на голівку.

- ✓ положення жінки на боці, з нахилом 30-40° в бік позиції плода
- ✓ обережно зміщують сідниці плода у бік позиції плода
- ✓ зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції
- ✓ закінчують поворот шляхом зміщення голівки плода до входу малого тазу, а сідниць – до дна матки.

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

Ускладнення:

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

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

РОЗГИНАЛЬНІ ВСТАВЛЕННЯ ГОЛІВКИ.

Етіологія.

Загальними для всіх ступенів розгинання є наступні причини: недостатність нижнього сегменту матки, анатомічно звужений таз, особливо плоский, багатопліддя, передчасне і раннє злиття навколоплідних вод, кіфоз хребта у матері, недостатність передньої черевної стінки (в'ялий і відвислий живіт) і тазового дна, підслизові міоми матки, передлежання плаценти, дуже велика або навпаки, дуже маленька голівка плода, пухлини в ділянці шийї плода, втрата плодом звичайної своєї пружності (мертвий плід) та ін.. Всі ступені розгинання голівки плода зустрічаються переважно у повторнороділь.

Класифікація.

Розрізняють три ступеня розгинання голівки.

При першому ступені розгинання, яке називається також передньоголовним вставленням, голівка проходить через пологовий канал прямим розміром, ведучою точкою є велике тім'ячко.

Другий ступінь розгинання, або лобне вставлення, характеризується більш значним розгинанням голівки, яка проходить через пологовий канал великим косим розміром, ведучою точкою є середина лобного шва.

Третій ступінь – лицеве вставлення. Голівка розігнута так сильно, що ведучою точкою стає підборіддя. Через пологовий канал голівка проходить вертикальним розміром.

Між цими трьома основними ступенями розгинання голівки існують проміжні, перехідні стани.

Біомеханізм пологів

Загальні особливості біомеханізму пологів при розгинальних вставленнях голівки в порівнянні зі згинальними характеризуються двома головними відмінними рисами: по-перше, при потиличному передлежанні (згинальний тип) біомеханізм пологів починається зі згинання голівки й закінчується у виході тазу розгинанням; при розгинальних же вставленнях, навпаки, біомеханізм пологів починається з розгинання голівки й закінчується у виході тазу згинанням; по-друге, при згинальному типі вставлення (потиличне передлежання) внутрішній поворот голівки відбувається так, що коли голівка встановлюється у виході тазу, плід, як правило, перебуває в передньому виді й, як виключення, - у задньому; при розгинальному же типі вставлення голівки поворот відбувається так що, коли голівка встановлюється у виході тазу плід, як правило, перебуває в задньому виді і як рідкий виняток - у передньому.

Кожний ступінь розгинання голівки має "свої" особливості біомеханізму пологів та їх клінічного перебігу. Пологи з розгинальними вставленням голівки відбуваються в задньому виді.

Передньоголовне вставлення.

Правильний діагноз встановлюють лише за допомогою піхвового дослідження, коли виявляють стояння великого й малого тім'ячок на одному рівні або стояння великого тім'ячка нижче малого. Діагноз підтверджують після пологів по стану форми голівки плода й слідів на ній, які мають місце в перші години й дні життя дитини. При передньоголовному вставленні голівка має брахіоцефалічну форму (баштова голівка).

Перший момент біомеханізму пологів при передньоголовному передлежанні - помірне розгинання голівки, при цьому голівка встановлюється своїм стрілоподібним і частиною лобного шва в поперечному, або, дуже рідко, в одному з косих розмірів тазу. Голівка плода вставляється своїм прямим розміром 12 см. У міру просування голівки ведучою точкою стає велике тім'ячко. Можливо асинклітичне вставлення.

Другий момент біомеханізму пологів - внутрішній поворот: стрілоподібний шов з поперечного розміру входу в малий таз переходить у прямий розмір виходу з малого тазу, потилицею до куприка. Голівка здійснює поворот при переході через площину вузької частини порожнини малого тазу.

Третій момент біомеханізму пологів - згинання голівки. Згинання голівки відбувається в шийній частині хребта. Точкою фіксації є перенісся, а точкою опори - нижній край лонного зчленування. Народжуються лоб, тім'я й потилиця плода.

Четвертий момент біомеханізму пологів - розгинання голівки. Точкою фіксації є підпотилична ямка, точкою опори - верхівка куприка. Народжується обличчя плода.

П'ятий момент біомеханізму пологів - внутрішній поворот плічків і зовнішній поворот голівки - відбувається так само, як і при потиличному передлежанні.

Перебіг пологів при передньоголовному вставленні - затяжний, особливо в період вигнання. Тому для попередження дистресу плода проводять його профілактику. Лікар стежить за просуванням голівки по пологових шляхах і не допускає, щоб голівка стояла в одній площині більше 1 години.

Лобне вставлення.

Розпізнавання лобного вставлення відбувається при піхвовому дослідженні: по провідній осі тазу виявляють лоб з лобним швом, до якого з одного боку примикають перенісся й надбрівні дуги, а з іншого боку - передній кут великого тім'ячка. Родова пухлина розташована в ділянці лоба на всьому протязі від перенісся до великого тім'ячка.

Перший момент біомеханізму пологів - розгинання голівки. Голівка встановлюється в поперечному розмірі входу тазу, своїм великим косим розміром, що дорівнює 13,5 см. Голівка різко конфігурується і з великою напругою проходить у порожнину малого тазу.

Другий момент біомеханізму пологів – внутрішній поворот голівки потилицею до куприка - відбувається при переході через площину вузької частини порожнини малого тазу. Лобний шов устанавлюється у прямому розмірі виходу з малого тазу.

Третій момент біомеханізму пологів - згинання голівки. Утворюється точка фіксації верхня щелепа й точка опори - нижній край лонного зчленування. При цьому над промежиною викочується тім'я й потилиця плода.

Четвертий (розгинання) і п'ятий (внутрішній поворот голівки й зовнішній поворот плічок) моменти біомеханізму пологів відбуваються так само, як при передньоголовному вставленні.

Пологи при лобному вставленні доношеним плодом через природні пологові шляхи, неможливі, тому лобне вставлення є показанням для кесарева розтину, а завершитися пологи можуть у задньому виді при недоношеному плоді.

Лицеве вставлення.

Лицеве вставлення – крайній ступінь розгинальних вставлень. Розпізнається на підставі даних зовнішнього дослідження й підтверджується даними піхвового дослідження, при якому прощупують ніс, рот і підборіддя, що є ведучою точкою.

Перший момент біомеханізму пологів у лицевому вставленні - розгинання голівки. Розгинання відбувається в шийній частині хребта. У результаті передлежачою частиною стає обличчя. У поперечному або в одному з косих розмірів входу в таз устанавлюється лицева лінія. При досягненні голівкою повного розгинання вона проходить через родовий канал окружністю, що відповідає вертикальному розміру 9,5 см.

Другий момент - внутрішній поворот голівки. Лицева лінія поступово переходить із поперечного розміру в косій, а потім коли голівка досягає виходу, у прямий розмір, при цьому вона впирається під'язиковою кісткою в нижній край лонного зчленування. Дуже рідко поворот голівки відбувається підборіддям до куприка. У такому положенні пологи не можливі (здвоєне тіло - голівка й тулуб плода).

Третій момент біомеханізму пологів - згинання голівки після фіксації її ділянкою під'язикової кістки в лобкову дугу, а над промежиною викочуються личко, тім'я і потилиця.

Четвертий момент біомеханізму пологів - внутрішній поворот плічок і зовнішній поворот голівки потилицею убік позиції.

Пологи через природні пологові шляхи при лицьовому вставленні у задньому виді можливі, якщо немає інших моментів, що ускладнюють (великий плід, слабкість пологової діяльності й ін.). Після пологів голівка має різко виражену доліхоцефалічну форму, на обличчі – виражений набряк, деформація.

При передньому виді лицевого передлежання пологи через природні родові шляхи не можливі. При такій ситуації необхідно зробити кесарів розтин.

Варто зазначити, що пологи в розгинальному вставленні мають затяжний перебіг, значно підвищують ризик травматизму матері й плода та можливі лише тоді, коли відбуваються в задньому виді.

7.3. Матеріали методичного забезпечення самостійної роботи студентів.

Література.

Навчальна.

Основна:

- 1 Методичні вказівки для викладачів щодо організації навчального процесу з гінекології на медичному факультеті - Венцківський Б.М. 2010
- 2 Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.)// Книга І Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга ІІ
- 3 Гінекологія. - К.Медицина,2011.- 375 с.
- 4 Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013 Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б.

Допоміжна:

- 1 Норвитц Єррол Р., Шордж Джон О. Наглядные акушерство и гинекология (перевод с английского).- М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003.-141 с.
- 2 Сенчук А.Я., Вдовиченко Ю.П., Венцковский Б.М., Шунько Е.Е.
Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии.- К.: Гидромакс,2006.- 368 с.

Методична

- 1 Акушерство и гинекология. / Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Eleven Edition / Лорен Натан, Алан Х. ДеЧерни. 2012.

Задачі

№1

Впершенароджуюча, Н., розміри таза: 23 – 26 – 29 – 17, обвід променево-зап'ясткового суглоба – 14. Пологова діяльність активна. При вагінальному дослідженні: розкриття шийки матки 6 см, плідний міхур цілий, голівка плода малим сегментом до входу в малий таз. Мис досяжний. Діагональна кон'югата 9,5 см. Передбачувана маса плода 2700г. Встановіть діагноз. Визначте тактику лікаря, прогноз пологів.

№2

Впершенароджуюча, розміри таза 25-28-31-20. Пологова діяльність активна. Води відійшли чисті. Передбачувана маса плода 4500 г. Голівка притиснута до входу в малий таз. Ознака Вастена позитивна. При вагінальному дослідженні: розкриття шийки матки повне, плідний міхур відсутній. Мис не досягається. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд/хв. Який діагноз, що робити?

№3

Роділля М., пологи І, термінові. Розміри таза 26 – 27 -30-18. Пологова діяльність активна. Голівка притиснена до входу в малий таз. При вагінальному дослідженні: розкриття шийки матки 8 см, плідний міхур відсутній, сагітальний шов в поперечному розмірі відхилений до промонторіуму. Передбачувана маса 3800 г. Води відійшли 2 год. тому. Який діагноз, яка тактика?

№4

Повторнонароджуюча, в минулому – внутрішньоутробна смерть плода та краніотомія. Вагітність переношена на 3 тижні. Розміри таза 25-27-30-18, обвід променево-зап'ясткового суглоба – 16 см. Голівка притиснута до входу в малий таз. Маса плода 3500 г. Розкриття шийки матки на 9 см. Води щойно відійшли. С-diagonalis – 10 см. Який діагноз? Яка тактика лікаря?

№5

Впершенароджуюча. Перейми через 2 – 3 хв. по 25 сек. При вагінальному дослідженні: розкриття шийки матки повне, плідний міхур відсутній. Голівка

притиснута до входу в малий таз. Стрілоподібний шов в прямому розмірі входу в малий таз.

Для якого таза характерне дане вставлення голівки? Яка тактика?

№6

Впершенароджуюча. На обліку в жіночій консультації не стояла. Поступила в пологовий будинок зі скаргами на переймоподібні болі, які розпочалися 10 год. тому. При вимірюванні таза встановлено: 24-26-28-17. С-diag. – 9. Обвід променево-зап'ясткового суглоба – 16 см. При вагінальному дослідженні: розкриття шийки матки 8 см. Плідний міхур відсутній. Голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода не вислуховується.

Який діагноз? Що робити?

№7

Впершенароджуюча. На обліку в жіночій консультації не стояла. Поступила в пологовий будинок зі скаргами на переймоподібні болі, які розпочалися 10 год. тому. При вимірюванні таза встановлено: 24-26-28-15. С-diag. – 7. Обвід променево-зап'ясткового суглоба – 16 см. При вагінальному дослідженні: розкриття шийки матки 8 см. Плідний міхур відсутній. Голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода не вислуховується.

Який діагноз? Що робити?

№8

Впершенароджуюча. Активна пологова діяльність. При вагінальному дослідженні: розкриття шийки матки 8 см. Плідний міхур відсутній. Голівка малим сегментом до входу в малий таз. Стрілоподібний шов в правому косому розмірі. Мале тім'ячко розташоване в центрі, по провідній вісі таза. Різко виражена конфігурація голівки.

Для якого звуження таза характерне дане вставлення голівки?

№9

Впершенароджуюча, I період пологів тривав 10 годин, II період – 2 год. Розрив промежини III ст.

Для якого звуження таза характерне дане ускладнення? Чому воно виникло?

№10

Впершенароджуюча. При огляді ромбу Міхаеліса відмічено, що вертикальна діагональ дорівнює 8 см, а горизонтальна 10 см.

Для яких тазів характерно зменшення вертикальної діагоналі ромбу Міхаеліса? Як віддиреференціювати який саме це таз?

No11

Вагітна поступила на облік в жіночу консультацію в терміні 39 тижнів вагітності. Розміри таза 25-28-30-18 см. Обвід променево-зап'ясткового суглоба –16 см. Висота дна матки 40 см. Обвід живота 106 см.

Який діагноз? Яка тактика лікаря жіночої консультації?

No12

Впершенароджуюча. Розміри таза 25-27-29-18 см. Голівка балотує над входом в малий таз. Розмір Цангемейстера більше кон'югати екстерна.

Чи можна в даному випадку говорити про невідповідність розмірів голівки плода і таза матері і чому?

No13

Повторновагітна. Поступила в пологовий будинок з діагнозом: вагітність II, 42 – 43 тижні. Головне передлежання. Загальнорівномірнорозвужений таз, I ст.

Який фактор є несприятливим для прогнозу даних пологів і чому?

No14

Вагітна 25 років. На обліку в жіночій консультації не була. При поступленні в пологовий будинок проведено вимірювання основних розмірів тазу: D. sp. 23 см, D. cr. – 25см, D. tr. – 28см, C.ext – 17см.

Які додаткові вимірювання потрібно зробити в даному випадку і чому?

No15

Роділля 25 років, вагітність друга, другі своєчасні пологи. Перші пологи були тяжкими, закінчилися народженням мертвого доношеного плода. Розміри тазу 26-27-29-17 см. Пологова діяльність почалася 15 год. тому, 4 год. тому відійшли навколоплідні води. Перейми різко болісні, через 2-3 хв. По 50 сек.

Нижній сегмент матки напружений та болючий. Голівка плода малим сегментом у вході в малий таз. Симптоми Вастена позитивні. Серцебиття плода зліва нижче від пупка, 140 за год. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 9см. Плідного міхура немає. Передлежить голівка. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі, велика пологова пухлина.

Крижова западина вільна. Мису можна досягти зігнутих пальцем.

Діагноз? Тактика?

Тести

1. В пологовий зал надійшла роділля з активною пологовою діяльністю. Пологи V, 37 тижнів 4 дні. Навколоплідні води вилились 6 годин тому. Живіт розтягнутий в поперечному напрямку. Серцебиття плода не вислуховується. Після проведення піхвового дослідження діагностовано запущене поперечне положення плода. Акушерська тактика?

1. Кесарський розтин
2. Акушерські лещата
3. Плродоруйнівна операція
4. Пологопідсилення
5. Епізіотомія

1. До приймального відділення пологового будинку надійшла роділля в I періоді термінових пологів. Розміри тазу: 26-26-31-17 см. Діагональна кон'югата 10 см. Визначте патологію тазу.

1. Загальнорівномірнорозвужений таз
2. Простий плоский таз
3. Плоскорохітичний таз
4. Поперечнозвужений таз
5. Загальнорозвужений плоский таз

2. Повторновагітна 29 років надійшла в пологовий будинок через 7 годин після початку родової діяльності. Розміри тазу: 26-28-31-21 см. Положення плода поздовжнє, сідничне передлежання. Передбачувана вага плода 3050 г. С/б плоду ясне, 144 уд. Піхва єсна, відкриття повне, плодового міхура немає. Сідниці виконують $1\frac{1}{3}$ крижової западини. Спереду сідниць визначається петля пульсуючої пуповини. Тактика ведення пологів?

1. Витягання плода за паховий згин
2. Кесарський розтин
3. Допомога за Цов'яновим 1
4. Допомога за Цов'яновим 2
5. Вакуум-екстракція плода

3. Роділля К., 25 років, надійшла в пологовий будинок з приводу I термінових пологів. Розміри тазу 26-28-30-20 см. Над входом у таз визначається великих розмірів голівка, прямий розмір 14,5 см. Відкриття шийки матки 8 см. Кістки черепа потоншені, рухливі. При УЗД діагностується гідроцефалія і внутрішньоутробна загибель плода. Який план розродження?

1. Краніотомія
2. Кесарський розтин
3. Декапітація
4. Пологи через природні родові шляхи
5. Акушерські лещата

4. I термінові пологи у роділлі 35 років. Загальний стан матері і плода задовільний. Родова діяльність активна. Безводний період 2,5 години. Праворуч в бокових відділах матки визначається округла, щільна балотуюча частина. Передлежача частина не визначається. Вагінально: шийка матки згладжена, відкриття 4 см, визначаються дрібні частини плода – ручка. Який метод розродження?

1. Витягання плода за тазовий кінець після операції класичного повороту плода на ніжку

2. Поворот за Брекстон-Гіксом
 3. Плороруйнівна операція
 4. Пологи вести консервативно
 5. Кесарський розтин
5. Роділля 32 років. В анамнезі 3 пологів крупними плодами. Таз нормальних розмірів. ВДМ – 43 см, ОЖ – 111 см. Тривалість пологів 8 годин, безводний період – 4 години, потужний період триває одну годину. При пальпації нижній сегмент різко болючий, контракційне кільце матки на рівні пупка. Симптом Вастена позитивний, розмір Цангемайстера більше, ніж зовнішня кон'югата. Серцебиття плоду приглушене, ритмічне 134 уд/хв. Який метод розродження?
1. Вакуум-екстракція плоду
 2. Порожнинні акушерські щипці
 3. Вихідні акушерські щипці
 4. Кесарський розтин
 5. Консервативне ведення пологів
6. Пологи п'яті. Родова діяльність активна, перейми по 35-40 сек. через 3-4 хв. Положення плоду поздовжнє, передлежить голівка малим сегментом у вході в малий таз. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 135-140 уд/хв, Вагінально: шийка матки згладжена, розкриття 8 см. Плідний міхур відсутній. Передлежить голівка, справа допереду визначається перенісся і надбрівні дуги. Який ймовірний діагноз?
1. Перший період пологів, лобне передлежання
 2. Перший період пологів, лицеве передлежання
 3. Другий період пологів, лобне передлежання
 4. Перший період пологів, сідничне передлежання
 5. Перший період родів, передньоголовне передлежання
7. Перші строкові пологи у роділлі 27 років. 35 хвилин тому відійшли навколоплідні води. Потуги кожні 2-3 хвилини по 45 секунд, серцебиття плоду 130 уд./хв, ритмічне. При піхвовому дослідженні: відкриття маткового вічка повне, передлежать сідниці, їх поперечник в прямому розмірі виходу з малого тазу. Як правильно вести пологи?
1. Надати допомогу за Цов'яновим І
 2. Надати допомогу за Цов'яновим ІІ
 3. Зробити кесарський розтин
 4. Зробити витягання плоду за пахвинний згин
 5. Провести класичну ручну допомогу
8. Роділля 27 років, пологи ІІ доношеним плодом, тривають 7 годин, води відійшли годину тому. Останнім часом перейми стали майже безперервними, болючими. При огляді: матка при пальпації напружена, болюча, контракційне кільце на рівні пупка, займає косе положення. У правому бічному відділі матки визначається голівка плода, передлегла частина не визначається, серцебиття плода приглушене ритмічне 144 уд.в хв. Вагінальне обстеження: відкриття шийки матки 8 см, плідний міхур відсутній, передлежить плече вкочлене у вхід в малий таз. Яка тактика ведення даного випадку?
1. Ембріотомія плода
 2. Внутрішній поворот плода на ніжку
 3. Накладання акушерських лещат

4. Проведення епізіотомії

5. Кесарський розтин

9. У пологовий будинок доставлена роділья. Термін вагітності – 39 тижнів, I період пологів. Розкриття маткового вічка 5 см. Плодовий міхур цілий. Передлежать ніжки плода. Праворуч і попереду визначається пульсуюча пуповина. Яка тактика ведення пологів?

1. Амніотомія

2. Кесарський розтин

3. Ведення пологів за методом Цов'янова II

4. Введення спазмолітиків

5. Операція витягання плода за ніжку

10. У пологовий будинок доставлено вагітну 31 року. Вагітність 4-я, доношена.

Пологи II, другий період. Навколоплідні води відійшли через дві години після початку пологової діяльності. Під час огляду встановлено запусчене поперечне положення плода й випадіння ручки. Серцебиття плода не вислуховується. Яка подальша тактика ведення пологів?

A. Краніотомія

B. Декапітація

C. Класичний акушерський поворот з наступною екстракцією плода за ніжку

D. Кесарський розтин

11. Доношена вагітність, двійня. 5 хвилин тому народився перший плід у головному передлежанні. При піхвовому дослідженні плодовий міхур другого плода цілий. Передлежать ніжки другого плода. Серцебиття плода приглушене, 170 уд./хв. Що робити?

1. Кесарський розтин

2. Амніотомія, витягання плода за ніжку

3. Ведення пологів за Цов'яновим II

4. Зовнішній поворот плода на голівку

5. Лікування гіпоксії плода

12. У приймальне відділення доставлена роділья 35 років у I періоді термінових пологів. Води відійшли 8 годин тому. Перейми нерегулярні, короткі. Розміри тазу: 26-26-32-17 см. Індекс Соловйова 16 см. Передбачувана маса плода 4200 г. Голівка плода рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд./хв. Піхвове дослідження: шийка матки згладжена, відкриття 3 см, плодовий міхур відсутній, голівка плода рухома над входом у малий таз, діагональна кон'югата –10 см. Тактика ведення пологів?

1. Кесарський розтин

2. Стимуляція пологової діяльності окситоцином

3. Ведення пологів через природні пологові шляхи

4. Плордуруйнівна операція

5. Накладання порожнинних акушерських лещат

13. У повторнароділлі в терміні вагітності 40 тижнів при огляді ліворуч від пупка визначається округле утворення - голівка. Біля пупка, зліва вислуховується серцебиття плода до 140/хв. Про яке положення плода можна думати в цьому випадку?

1. Поперечне положення плода, I позиція
2. Поперечне положення плода, II позиція
3. Поздовжнє положення плода, головне передлежання
4. Косе положення плода
5. Тазове передлежання плода

14. Другий період своєчасних пологів двійнею. Після народження першого плода здійснено піхвове дослідження, при якому виявлене, що другий плід перебуває в поперечному положенні, голівка плода праворуч. Серцебиття плода 140 уд./хв. Яка тактика подальшого ведення пологів?

1. Здійснити амніотомію, продовжити консервативне ведення пологів.
2. Виконати кесарів розтин.
3. Виконати плодоруйнівну операцію.
4. Після амніотомії зробити класичний поворот плода на ніжку.
5. Після амніотомії зробити класичний поворот плода з наступною екстракцією його за ніжку.

15. Під час своєчасних пологів двійнею, після народження першої дитини масою 2800 г відійшли навколоплідні води. При піхвовому дослідженні виявлено пульсуючу пуповину другого плода. Голівка плода притиснута до термінальної лінії, легко відштовхується. Спроби заправити пуповину безуспішні. Серцебиття плода 160 уд./хв. Передбачувана маса плода 2500 г. Яка повинна бути тактика лікаря?

1. Комбінований зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку, з наступним його витяганням
2. Операція кесарського розтину
3. Вакуум екстракція плода
4. Накладення акушерських щипців
5. Лікування гіпоксії плода, пологи вести консервативно