

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 не уточнені

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 не уточнені

Анатомічно вузький таз - таз, у якого один або всі розміри (діаметри) вкорочені не менше ніж на 1,0-1,5см порівняно з нормою (1 – 7%).

Етіологія:

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

Класифікація анатомічно вузького таза:

Класифікація вузького таза 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 таза за формою звуження.

Часто поширені форми вузького таза

А. Звужений таз без деформації:

-**Загальнорівномірнозвужений таз** - пропорційно зменшені всі діаметри не менше ніж на 1см (аналог *андроїдного* таза):

Розміри: 24-26-28-18, C.diagonalis – 11см, C.vera - 9см.

- інфантильний або дитячий ;
- чоловічого типу;
- карликовий таз .

Б. Звужений таз з деформацією:

- **Плоский таз** - зменшені прямі діаметри (аналог *платипелоїдного* таза):

- простий плоский таз (нерахітичний, девентерівський) - зменшені всі прямі розміри. Розміри:26-29-30-18,C.diagonalis – 11см, C.vera - 9см.
- 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 – 10см, C.vera - 8см.
- загальнозвужений плоский таз – комбінація загальнозвуженого і плоскорахітичного таза.Розміри:24-25-28-16, C.diagonalis – 9см, C.vera - 7см.
- таз із зменшенням прямого розміру площини широкої частини .
Розміри:26-29-30-20, C.diagonalis – 12,5см, C.vera - 11см.

- **Попереочнозвужений таз** (робертівський) - із звуженням поперечних діаметрів при нормальних прямих діаметрах (аналог *антропоїдного* таза).
Розміри:24(25)-25(26)-28(29)-20, C.diagonalis – 12,5см, C.vera - 11см.

Рідкісні форми анатомічно вузького таза:

- **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 таза.
- **Спонділолістетичний таз** розвивається в результаті сковзання V поперекового хребця разом з хребтом в сторону порожнини таза.
- **Остеомалятичний таз** (спалій) - розвивається при розм'якшуванні кісток таза, внаслідок чого крижі заглиблюються в порожнину малого таза, крижова кістка вигнута під великим кутом, лоно стиснене й має форму дзьоба.
- Таз звужений **екзостозами і кістковими пухлинами**.

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

2.3.1. Гінекоїдний таз (нормальний жіночий таз).

2.3.2. Патологічні типи:

- *андроїдний* (чоловічого типу);
- *антропоїдний* (прямий розмір входу перевищує поперечний розмір);
- *платипелоїдний* (плоский).

Класифікація аномалій кісткового таза в залежності від рівня звуження:

- *Звуження входу* в малий таз - прямий діаметр входу в таз менший 10см або поперечний діаметр входу в таз менший 12см;
- *Звуження порожнини* малого таза - прогностичне значення має поперечний розмір вузької частини порожнини малого таза (відстані між сідничними остями) менше 10см;

- *Звуження виходу* малого таза - поперечний діаметр виходу таза (відстань між сідничними горбами) менше 8см;
- *Загальне звуження* малого таза - аналог загальнорівномірнозвуженого таза.

Діагностика анатомічно вузького таза:

- Збір анамнезу (перенесений рахіт, захворювання кісток нижніх кінцівок, хребта, вроджені вивихи кульшових суглобів, травми, тощо),
- Загальний огляд вагітної (зріст).
- Пельвіометрія
- Внутрішнє акушерське дослідження(оцінка ступеня звуження на підставі розміру істинної кон'югати)
- Ехографія.

Особливості біомеханізму пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі :

- вставлення голівки сагітальним швом в одному із 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 із 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 допереду (відбувається в вузькій частині малого таза)
- розгинання голівки має зтяжний характер.

Особливості біомеханізму пологів при плоскоракітичному тазі:

- тривале (протягом багатьох годин) високе стояння голівки стрілоподібним швом у поперечному розмірі входу в малий таз;
- після опускання голівки в порожнину малого таза 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.

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;
- пухлини органів малого таза.

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

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

Ознака Генкеля -Вастена :

- **позитивна** – поверхня голівки знаходиться вище поверхні симфізу (нема відповідності між тазом і голівкою);
- **врівень** – поверхня голівки плода знаходиться на одному рівні із симфізом (відповідність між тазом і голівкою сумнівна);
- **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'югати - відповідність між тазом і голівкою сумнівна;
- розмір більший зовнішньої кон'югати - нема відповідності між тазом і голівкою.

Умови діагностики клінічно вузького таза:

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

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 ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА

Неправильне положення плода – положення плода, при яких 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.

Огляд живота:

- куляста форма матки, витягнута в поперечному розмірі.

- окружність живота перевищує норму для відповідного терміну вагітності

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 (*dorso inferior*) - при ньому створюються несприятливі умови для екстракції плода.

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.

УЗД - найбільш інформативний метод діагностики (А).

Перегіт 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.Фомічева, 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.

Перевірка і тактика ведення пологів

Пологи в поперечному положенні є патологічними. Спонтанне розродження через природні родові шляхи життєздатним плодом неможливе. Якщо пологи починаються дома і за роділлем немає достатнього спостереження, то ускладнення можуть розпочатися вже в I періоді. При поперечному положенні

плода немає поділу навколоплідних вод на передні і задні, тому часто спостерігається несвоєчасне відходження навколоплідних вод. Це ускладнення може супроводжуватися випадінням петель пуповини або ручки плода. Позбавлена навколоплідних вод матка щільно облягає плід, формується **запущене поперечне положення плода**. При нормальній пологовій діяльності плече плода все глибше опускається в порожнину тазу. Нижній сегмент перерозтягується, контракційне кільце (границя між тілом матки та нижнім сегментом) піднімається вгору і займає косо положення. З'являються ознаки загрозового розриву матки, і при відсутності адекватної допомоги може відбутися її розрив. Щоб уникнути подібних ускладнень за 2-3 тижні до очікуваних пологів вагітну направляють в акушерський стаціонар, де її обстежують та готують до завершення вагітності.

*Єдиним способом розродження при поперечному положенні плода, який забезпечує життя та здоров'я матері і дитини, є **операція кесарського розтину в терміні 38-39 тижнів**.*

Раніше часто застосовувалася **операція класичного зовнішньо-внутрішнього повороту плода на ніжку** з наступним вилученням плода. На сьогодні при живому плоді її проводять лише у випадку розродження другого плода при двійні. Операція технічно дуже складна і тому, враховуючи тенденції сучасного акушерства, виконується дуже рідко.

Умови для операції акушерського класичного повороту:

- Повне розкриття шийки матки.
- Достатня рухливість плода.
- Відповідність між розмірами голівки плода і тазу матері.
- Плодовий міхур цілий або води тільки що відійшли.
- Живий плід середніх розмірів.
- Точне знання положення і позиції плода.
- Відсутність структурних змін в матці і пухлин у ділянці піхви.
- Згода роділлі на поворот.

Противоказання для операції акушерського класичного повороту:

- Запущене поперечне положення плода.
- Загрозливий розрив матки, розрив, що почався або який відбувся.
- Вроджені вади розвитку плода (аненцефалія, гідроцефалія, та ін.).
- Нерухомість плода.
- Вузкий таз (II-IV ступені звуження).
- Маловоддя.
- Великий або гігантський плід.
- Рубці або пухлини піхви, матки, малого тазу.
- Пухлини що перешкоджають природному розродженню.
- Важкі екстрагенітальні захворювання.
- Тяжка прееклампсія.

Підготовка до операції:

- вагітну укладають на операційний стіл у положенні на спині із зігнутими в кульшових і колінних суглобах ногами.
- спорожнюють сечовий міхур.
- проводиться дезінфекція зовнішніх статевих органів, внутрішніх поверхонь стегон і передньої черевної стінки, живіт накривають стерильною пелюшкою.
- руки акушера обробляються як для порожнинної операції. За допомогою зовнішніх прийомів і піхвового обстеження докладно вивчаються положення, позиція, вид плода та стан родових шляхів.
- при цілі плодових оболонках - амніотомія безпосередньо перед проведенням повороту.
- глибокий наркоз

Техніка операції акушерського класичного повороту включає три етапи:

1. Введення руки в порожнину матки.
2. Відшукування, вибір та захоплення ніжки.

3. Власне поворот плода і витягання ніжки до підколінної ямки. Після завершення повороту проводять вилучення плода за ніжку.

- 1 етап. У матку може бути уведена будь-яка рука акушера, однак, більш легко виконується поворот при введенні руки, однойменної позиції плода: при першій позиції - лівої руки, а при другій - правої. Кисть руки вводиться складеною у вигляді конуса (пальці витягнуті, кінці їх притискуються один одного). Іншою рукою розводять статеву щілину. Складену внутрішню руку вводять у піхву в прямому розмірі виходу тазу, потім легкими гвинтоподібними рухами рука переводиться із прямого розміру в поперечний, одночасно просуваючись до внутрішнього зіву. Як тільки кисть внутрішньої руки цілком уведена в піхву, зовнішню руку переміщують на дно матки.
- 2 етап. Просуванню руки в порожнині матки може перешкоджати плічко плода (при поперечному положенні) або голівка (при косому положенні плода). Необхідно внутрішньою рукою перемістити голівку плода у бік спинки або захопити плічко і обережно відсунути його у бік голівки. Виконуючи 2 етап операції, варто пам'ятати, що на сьогодні прийнято робити поворот на одну ніжку. Неповне ножне передлежання плода є більш сприятливим для перебігу родового акту, ніж повне ножне, тому що зігнута ніжка й сідниці плода представляють більш об'ємну частину, що краще готує пологові шляхи для проходження наступної голівки. Вибір ніжки, яку варто захопити, визначається видом плода. При передньому виді захоплюється нижня ніжка, при задньому - верхня. При дотриманні цього правила поворот завершується в передньому виді плода. Якщо ніжка обрана неправильно, то народження плода буде відбуватися в задньому виді, що зажадає повороту в передній вид, тому що пологи в задньому виді при тазових передлежаннях через природні родові шляхи неможливі. Існують два способи відшукування ніжки: короткий і довгий. При першому рука акушера просувається

безпосередньо з боку животика плода до того місця, де приблизно перебувають ніжки плода. Більше точним є довгий спосіб відшукування ніжки. Внутрішня рука акушера поступово ковзає по бічній поверхні тулуба плода до сідничної області, далі до стегна й гомілки. При цьому способі рука акушера не губить зв'язку із частинами плода, що дозволяє добре орієнтуватися в порожнині матки й правильно відшукувати потрібну ніжку. У момент відшукування ніжки зовнішня рука лежить на тазовому кінці плода, намагаючись наблизити його до внутрішньої руки.

Після відшукування ніжки її захоплюють двома пальцями внутрішньої руки (вказівним і середнім) в ділянці щиколоток або всією кистю. Захоплення ніжки всією кистю є більше вигідним, тому що ніжка при цьому міцно фіксується, а рука акушера не так швидко втомлюється, як при захопленні двома пальцями. При захопленні гомілки всією кистю акушер розташовує витягнутий великий палець уздовж гомілкових м'язів таким чином, щоб він досягав підколінної ямки, а інші чотири пальці обхоплюють гомілку спереду.

- 3 етап. Виконується власне поворот, що, здійснюється шляхом низведення ніжки після її захоплення. Зовнішньою рукою одночасно голівка плода переміщується до дна матки. Тракції проводяться в напрямку провідної осі тазу. Поворот вважається закінченим, коли з статевої щілини виведена ніжка до колінного суглобу й плід прийняв поздовжнє положення. Після цього, слідом за поворотом, виконується вилучення плода за тазовий кінець. Техніка операції вилучання плода за ніжку описана у відповідному розділі.

При виконанні акушерського повороту може виникнути ряд труднощів та ускладнень:

- ригідність м'яких тканин пологового каналу, спазм маткового вічка
- випадіння ручки, виведення ручки замість ніжки(на ручку надівається петля, за допомогою якої ручка відсувається під час повороту у бік голівки)
- розрив матки

- випадіння петлі пуповини після закінчення повороту вимагає обов'язкового наступного вилучення плода за ніжку
- дистрес плода, пологова травма, інтранальна загибель плода
- післяпологові інфекційні ускладнення

У випадку запущеного поперечного положення мертвого плода пологи закінчуються за допомогою плодоруйнівної операції – декапітації.

Після класичного повороту плода на ніжку або після плодоруйнівної операції слід провести ручне обстеження стінок порожнини матки.

АНОМАЛІ 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 межовими між фізіологічним та патологічним.

До аномалій передлежань плода належать:

- Розгинальні вставлення голівки
- Асинклітичні вставлення голівки
- Високе пряме та низьке поперечне стояння голівки

Розгинальні вставлення голівки

Етіологія:

- недостатність нижнього сегменту матки,
- анатомічно звужений таз, особливо плоский,
- багатопліддя,
- передчасне і раннє вилиття 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 шиї плода,
- втрата плодом звичайної своєї пружності (мертвий плід) та ін..

Всі ступені розгинання голівки плода зустрічаються переважно у повторнороділь.

Розрізняють три ступеня 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.

Особливості біомеханізму пологів:

- біомеханізм пологів починається з розгинання голівки і закінчується у виході тазу згинанням;
- внутрішній поворот відбувається так що, коли голівка встановлюється у виході тазу плід, як правило, перебуває в задньому виді і як рідкий виняток - у передньому.

Передньоголовне вставлення. Діагноз встановлюють на підставі внутрішнього дослідження, при якому виявляють стояння великого й малого тім'ячок на одному рівні або стояння великого тім'ячка нижче малого. Діагноз підтверджують після пологів за формою голівки плода - брахіцефалічна (баштова голівка).

- ***І 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.

Перебіг пологів - затяжний, особливо в період вигнання.

Лобне вставлення. Діагноз встановлюють на підставі внутрішнього дослідження, при якому 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.

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

Лицьове 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.

- **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 установлюється 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 убік позиції.

Пологи через природні пологові шляхи - у задньому виді можливі, 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.

7. Пологи в розгинальному вставленні мають затяжний перебіг, значно підвищують ризик травматизму матері й плода й можливі лише тоді, коли відбуваються в задньому виді.

Асинклітичні вставлення голівки

Синклітичне(осьове) вставлення – під час нормальних пологів стрілоподібний шов розташовується на однаковій відстані від лобкового симфізу та крижового мису.

Асинклітичне(позаосьове) вставлення – стрілоподібний шов відхиляється ближче до мису крижів або до лобкового симфізу.

Передній асинклітизм(передньотімяне, Негелівське вставлення) - стрілоподібний шов відхиляється ближче до мису крижів, вставляється передня тімяна кістка. Характерний для біомеханізму пологів при простому плоскому, іноді при плоскорухітичному тазі. Пологи можливі, очікувальна тактика ведення.

Задній асинклітизм (задньотімяне вставлення, Ліцмана) - стрілоподібний шов відхиляється ближче до лобкового симфізу. Утворюється при загальнозвуженому, плоскому, плоскорухітичному тазі, часто – при

загальнозвуженому плоскому. Пологи не можливі, тактика ведення – кесарський розтин.

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 тонусу 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 аускультативної серцебиття плода вислуховується залежно від позиції справа або зліва вище пупка.

Таблиця 1

Внутрішнє акушерське дослідження під час вагітності

Вид передлежання	Внутрішнє акушерське дослідження
Сідничне	
неповне	<ul style="list-style-type: none"> • пальпують об'ємну м'яку частину плода • визначають сідничні бугри, крижі, анальний отвір, статеві органи
повне	<ul style="list-style-type: none"> • пальпуються дрібні частини (стопи), що лежать поряд з об'ємною м'якою частиною (сідницями)
Ножне	
неповне	<ul style="list-style-type: none"> • пальпується дрібна частина плода — стопа • пальпується п'яtkова кістка, пальці, великий палець ніжки неможливо притиснути до підшви
повне	<ul style="list-style-type: none"> • пальпуються дрібні частини плода — дві стопи • пальпуються п'яtkові кістки, пальці, великі пальці ніжок неможливо притиснути до підшв
колінне	<ul style="list-style-type: none"> • пальпуються коліна плода

УЗД — найбільш інформативний метод діагностики (А). Дозволяє визначи-

ти 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 таза 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 родиллею.

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 шиї 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

Біомеханізм пологів.

Ведучою точкою є верхівка куприка, провідна лінія – міжвертельна.

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

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

Можливі ускладнення пологів:

- В I періоді пологів : передчасне та раннє відходження навколоплідних вод, випадіння дрібних частин плода, пуповини, слабкість пологової діяльності, дистрес плода, ендометрит в пологах.
- В II періоді: закидання ручок плода, утворення заднього виду, спазм шийки матки, травма плода, травма пологових шляхів.

Проведення індукції пологів при тазовому передлежанні проводиться згідно наказу 901 від 27.12.2006р.

- 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 «некерованих 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 аускультатії кожні 5 хвилин (при необхідності частіше) у ранню фазу другого періоду та після кожної потуги у активну фазу
- проведення епісіотомії за показаннями; пудендальної анестезії (С)
- II період пологів ведуть у присутності анестезіолога, неонатолога
- пологи у сідничному передлежанні має проводити досвідчений кваліфіко-

ваний фахівець (першої та вищої категорії)

Неповне та повне сідничне передлежання

<p>Народження сідниць та ніжок</p>	<p>Під час врізування сідниць пропонуйте жінці тужитись</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 І)• 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
<p>Народження ручок</p>	<p>Плід, що народився до пупка захоплюють великими пальцями у ділянці стегон спереду, чотири пальці розташовують в області сідниць та крижів</p> <ul style="list-style-type: none">• 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

	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Класична ручна допомога з виведення ручок плода</p>	<p>Тулуб плода розташовують в прямому розмірі таза</p> <ul style="list-style-type: none"> • однією рукою (при I позиції — лівою) беруть ніжки плода в області гомілкових суглобів і відводять їх догори (вперед) та в сторону протилежну спинці плода, ближче до стегна роділлі (при I позиції — до правого стегна) • вводять другу руку у піхву до крижової впадини роділлі по спинці плода, а далі по плечу доходяють до ліктьового згину і виводять задню ручку • вивільнення ручки плода проводять за ліктьовий згин (не за плечову кістку!) таким чином, щоб вона зробила “вмивальний” рух • передню ручку виводять, після переведення її у задню, також зі сторони крижової впадини: захоплюють обома руками плід за таз та передню частину стегон (не торкатися живота плода — 4 пальці кожної руки на 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

Народження
голівки

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-Ляшапель:

- 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

	<ul style="list-style-type: none"> • асистент натискує долонною поверхнею руки над лонним зчленуванням роділли, фіксуючи голівку плода у положенні згинання • обережно зробить 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, зіяння 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)