

П.В. ЯВОРСЬКИЙ
В.Й. ШАТИЛО
Т.І. ЯВОРСЬКА

ПРАКТИКУМ З ФАНТОМНОГО АКУШЕРСТВА

У навчальному посібнику вміщено основні дані щодо анатомії, кровопостачання та іннервації статевих органів жінки.

Наведено основну акушерську термінологію, розміри таза і плода, особливості перебігу, діагностики та біомеханізмів пологів як при фізіологічному перебігу, так і в разі ускладнень і відхилень у вагітних і роділь.

Посібник написано відповідно до навчальної програми з акушерства для студентів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I–III рівнів акредитації.

ISBN 978-617-505-530-4



9 786175 055304

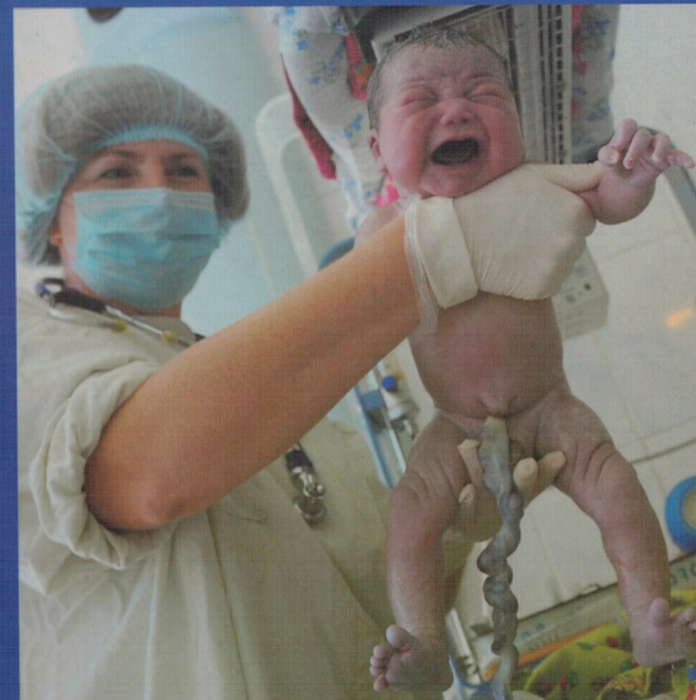


ПРАКТИКУМ З ФАНТОМНОГО АКУШЕРСТВА



П.В. ЯВОРСЬКИЙ
В.Й. ШАТИЛО
Т.І. ЯВОРСЬКА

ПРАКТИКУМ З ФАНТОМНОГО АКУШЕРСТВА



МЕДИЦИНА

www.medpublish.com.ua

П.В. ЯВОРСЬКИЙ
В.Й. ПАТИЛО
Т.І. ЯВОРСЬКА

ПРАКТИКУМ З ФАНТОМНОГО АКУШЕРСТВА

*Друге видання,
перероблене і доповнене*

ЗАТВЕРДЖЕНО
Міністерством охорони
здоров'я України
як навчальний посібник
для студентів вищих
медичних (фармацевтичних)
навчальних закладів
I-III рівнів акредитації

МІЖПІРСЬКЕ
МЕДУЧИНСЬКЕ
БІБЛІОТЕКА
КИЇВ
ВСВ "МЕДИЦИНА" 45146
2017

УДК 618.2/7
ББК 51.1(2)4я73
Я22

*Затверджено Міністерством охорони здоров'я України
як навчальний посібник для студентів вищих медичних
(фармацевтичних) навчальних закладів I–III рівнів акредитації
(лист № 08.01-45/32 від 14.01.2010)*

Рецензенти:

*П.Г. Жученко — доктор медичних наук, професор;
А.Н. Гайструк — доктор медичних наук, професор Вінницького
національного медичного університету ім. М.І. Пирогова*

Яворський П.В.

Я22 **Практикум з фантомного акушерства : навч. посіб. /**
П.В. Яворський, В.Й. Шатило, Т.І. Яворська. — 2-е вид., пере-
робл. і допов. — К. : ВСВ “Медицина”, 2017. — 144 с. + 32 с.
кольор. вкл.

ISBN 978-617-505-530-4

У навчальному посібнику вміщено основні дані щодо анатомії, кровопостачання та іннервації статевих органів жінки.

Наведено основну акушерську термінологію, розміри таза і плода, особливості перебігу, діагностики та біомеханізмів пологів як при фізіологічному перебігу, так і в разі ускладнень та відхилень у вагітних і роділь. Описано ознаки відокремлення та видалення плаценти. Для покращення засвоєння матеріалу розроблено запитання тестового контролю.

Посібник написано відповідно до навчальної програми з акушерства.

Для студентів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I—III рівнів акредитації.

УДК 618.2/7
ББК 51.1(2)4я73

ISBN 978-617-505-530-4

© П.В. Яворський, В.Й. Шатило,
Т.І. Яворська, 2010, 2017
© ВСВ “Медицина”, оформлення, 2017

ПЕРЕДМОВА

Актуальність створення окремого навчального посібника з фантомного акушерства для студентів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I—III рівнів акредитації визначається зростанням акушерської патології у вагітних, що призводить до травмизації як жінки, так і новонародженої дитини, а також до перинатальної смертності.

Глибоке та якісне оволодіння практичними навичками з акушерства можливе тільки при чіткому уявленні біомеханізмів пологів.

Саме цикл занять з фантомного акушерства необхідний для підвищення рівня підготовки спеціалістів, які б гармонійно поєднали глибокі теоретичні знання з фантомного курсу акушерства з ґрунтовними практичними навичками.

Мета посібника — підвищити рівень теоретичних знань щодо біомеханізмів пологів, особливостей їх перебігу, діагностики і тактики в разі патологічного перебігу вагітності та пологів, а також методів запобігання можливим ускладненням.

У рекомендованому практикумі з фантомного акушерства наведено основні акушерські терміни, акцентовано увагу на питаннях діагнос-

тики вагітності на ранніх і пізніх термінах, розглянуть біомеханізми пологів, основні види акушерських маніпуляцій та оперативних втручань, якими студенти повинні досконало володіти після закінчення курсу акушерства.

Подані ілюстрації сприятимуть запам'ятовуванню та глибшому засвоєнню матеріалу.

Сподіваємося, що цей посібник полегшить студентам вищих медичних навчальних закладів процес оволодіння практичними навичками, а молодим фахівцям допоможе успішно їх виконувати на практиці.

Усі критичні зауваження та побажання читачів автори приймуть з глибокою вдячністю.

Розділ 1

АНАТОМІЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Жіночі статеві органи поділяють на зовнішні та внутрішні.

Зовнішні статеві органи розміщені в передньому відділі промежини (*regio pudendalis anterior*), у ділянці сечостатевого трикутника (*trigonum urogenitale*).

Зовнішні статеві органи (*partes genitales femininae externae*) (кольор. вкл., мал. 1)

Лобкове підвищення (лобок: *mons pubis, veneris*) — ділянка підшкірної жирової клітковини над лобковим симфізом трикутної форми, покрита волоссям, з боків обмежена пахвинними складками.

Кровопостачання: *aa. pudenda, vv. pudenda*.

Іннервація: *plexus hypogastricus, pudendus, lumbalis*.

Соромітна щілина (*rima pudendi*).

Великі соромітні губи (*labia pudendi majora*) — дві симетрично розташовані широкі складки шкіри, що прилягають одна до одної, з'єднуються між собою зверху і знизу, утворюючи передню і задню спайки. Зовнішня поверхня великих соромітних губ пігментована, покрита рідким волоссям, має потові і сальні залози. Внутрішня поверхня великих соромітних губ рожевого кольору, позбавлена волосяного покриву.

Кровопостачання: *aa. pudendae externa et interna*.

Іннервація: *nn. labiales anteriores* — гілка *n. ilioinguinalis et r. genitalis* — гілка *n. genitofemoralis (plexus lumbalis)*, *nn. labiales posteriores* — гілка *n. perinei et n. pudendi (plexus sacralis)*.

Малі соромітні губи (*labia pudendi minora*) — дві симетрично розташовані невеликі складки шкіри, прикриті великими соромітними губами. Зверху вони створюють передню шкірочку і вуздечку клітора (*frenulum clitoridis*), внизу з'єднуються з великими соромітними губами у вуздечку соромітних губ (*frenulum labiorum pudendi*). Між вуздечкою соромітних губ (*frenulum labiorum pudendi*) та нижнім краєм дівочої перетинки розміщена човноподібна ямка (*fossa navicularis, fossa vestibuli vaginae*). У товщі малих соромітних губ розташовані значні венозні сплетення, у нижній третині — цибулини присінка (*bulbus vestibuli*) і великі залози присінка (*glandulae vestibularis majores — glandulae Bartolini*).

Кровообіг: *aa. pudendae externa et interna*.

Іннервація: *nn. labiales anteriores* — гілка *n. ilioinguinalis et r. genitalis* — гілка *n. genitofemoralis (plexus lumbalis)*, *nn. labiales posteriores* — гілка *n. perinei et n. pudendi (plexus sacralis)*.

Клітор (*clitoris*) — складка шкіри, утворена двома печеристими тілами, які переходять у ніжки і фіксуються до нижніх гілок лобкових і сідничних кісток. Клітор — орган статевого відчуття жінки.

Кровообіг: *a. clitoridis*.

Іннервація: *n. dorsalis clitoridis*.

Присінок піхви (*vestibulum vaginae*) зверху обмежений клітором, з боків — внутрішньою поверхнею малих соромітних губ, знизу — вуздечкою малих соромітних губ.

У присінок піхви відкриваються зовнішнє вічко сечівника (*ostium urethrae externum*), права і ліва присечівникові протоки (*ductus parauretrales dexter et sinister*), парні отвори проток великих присінкових залоз (*glandulae vestibulares majores, glandulae Bartolini*), які розташовані в основі великої соромітної губи на рівні задньої вуздечки в товщі поперекового м'яза промежини, і малих присінкових залоз (*glandulae vestibulares minores*), отвір піхви (*ostium vaginae*), прикритий дівочою перетинкою або її залишками (*carunculae hymenales*). Дівоча перетинка є межею між зовнішніми і внутрішніми статевими органами.

Вивідна протока завдовжки 1,5—2,5 см відкривається на внутрішній поверхні малої соромітної губи (між малою соромітною губою та дівочою перетинкою).

Цибулина присінка (*bulbus vestibuli*) утворюється з двох частин, з'єднаних між собою, які проходять між клітором і зовнішнім вічком сечівника. Це густе венозне сплетення, яке частково прикриває собою великі присінкові залози.

Великі присінкові залози (*glandulae vestibulares majores, glandulae Bartolini*) парні. Вони розміщені в основі (задня третина) малих соромітних губ. Вивідна протока кожної залози відкривається невеликим отвором у ділянці присінка піхви на внутрішній поверхні нижньої третини малої соромітної губи.

Кровообіг: *aa. pudenda, vv. pudenda, aa. rectalis inferior, vv. rectalis inferior*.

Іннервація: *nn. pudendus, nn. rectalis inferior*.

Кровообіг жіночої соромітної ділянки (вульви) відбувається за рахунок парної *a. pudenda interna*, яка ділиться на: артерію промежини (*a. perinealis*), від якої відходять кілька задніх гілочок соромітних губ (*rr. labialis posteriores*); артерію клітора (*a. clitoridis*), від якої відходить артерія цибулини присінка піхви (*a. bulbi vestibuli vaginae*), сечівникова артерія (*a. urethralis*) і глибока артерія клітора (*a. profunda clitoridis*).

Дівоча перетинка (*hymen*) — це сполучнотканинна перетинка, що закриває вхід у піхву в незайманих дівчат. Вона має отвір різного розміру і форми.

Кровообіг: *a. pudenda interna*.

Іннервація: *nn. perineales*.

Жіночий сечівник (*urethra feminina*) — трубка, завдовжки до 4 см, проходить від *ostium urethrae internum* через сечостатеву діафрагму і відкривається зовнішнім вічком сечівника (*ostium urethrae externum*) у присінок піхви позаду клітора.

Кровообіг: *a. pudendae interna et externa*.

Іннервація: *plexus hypogastricus, pudendus, lumbalis*.

Промежина (*perineum*). З акушерського погляду, промежина акушерська (*perineum obstetrica*) поділяється на передню промежину (*perineum anterior*) — це ділянка між задньою спайкою соромітних губ і переднім краєм відхідника, і задню промежину — ділянка між відхідником і верхівкою куприка.

Промежиною (*perineum s. regio anoperinealis*), з анатомічного погляду, називають ділянку тіла, обмежену лобковою дугою спереду, верхівкою куприка ззаду, сідничними кістками і крижово-горбовими зв'язками (*lig. sacrotuberale*) з боків.

У промежині виділяють дві діафрагми: тазову (*diaphragma pelvis*) і сечостатеву (*diaphragma urogenitale*).

Лінія між сідничими горбами (*linea bischiadica*) роз'єднує *perineum* на *regio urogenitalis* та *regio analis*. Статеві органи розміщені в передньому трикутнику (*regio urogenitalis*).

У жінок *regio anoperinealis* включає передній — сечостатевий (*regio urogenitalis*) і задній — відхідниковий (*regio analis*) відділи.

Через сечостатеву діафрагму проходять піхва й сечівник, через тазову — відхідник.

Кровопостачання: *aa. pudenda interna, a. rectalis inferior*.

Іннервація: *plexus sacralis, pudendus*.

Внутрішні статеві органи

Внутрішні жіночі статеві органи (*partes genitales feminae internae*) містяться в порожнині малого таза (*cavum pelvis minor*). До внутрішніх статевих органів (*genitalia interna*) належать піхва, матка, маткові труби і яєчники (кольор. вкл., мал. 2).

Піхва (*vagina s. colpos*) — трубка завдовжки до 12 см, завширшки до 3 см. Отвір піхви обмежений залишками дівочої перетинки, іде вгору і назад, закінчується чотирма склепіннями: двома бічними, переднім і глибшим — заднім. Спереду піхва межує із сечовим міхуром, сечоводом, сечівником, а ззаду — із прямою кишкою. Стінка піхви складається з двох шарів: м'язового і слизового. У м'язовому шарі розрізняють зовнішній поздовжній і внутрішній циркулярний (коловий). Слизові оболонки передньої і задньої стінок піхви межують між собою, покриті багаточисливим плоским незроговілим епітелієм, що має багато циркулярних складок, які звожуються внаслідок трансудації, виділень з шийки і тіла матки. Палички Дедерляйна розщеплюють глікоген слизової оболонки до молочної кислоти, що є природним бар'єром і перешкоджає проникненню інфекції у внутрішні жіночі статеві органи. Багаточисливий плоский епітелій поверхні шийки матки зазнає циклічних змін, які відповідають менструальному циклу.

Піхва кровопостачається за рахунок *a. vaginalis*, яка на рівні внутрішнього маткового вічка відходить від *a. uterina*, прямує по передньобічній стінці піхви і має численні гілки, які анастомо-

зують між собою з протилежних боків; а також із *a. vesicales inferior, a. rectalis media*. Верхня третина піхви кровопостачається *a. vaginalis*, яка відходить від *a. uterina* на рівні шийки матки і розміщується по бічній стінці піхви. Середня третина піхви кровопостачається гілками нижньої міхурової артерії (*a. vesicales inferior*). Нижня третина піхви кровопостачається гілками *a. pudenda interna* та *a. rectalis media*.

Іннервація піхви здійснюється за рахунок *plexus uterovaginalis*, нижніми гілками *n. pudendus*.

Матка (*uterus s. metra, s. hystera*) поза вагітністю розташована по середній лінії таза або біля неї між сечовим міхуром спереду і прямою кишкою ззаду (кольор. вкл., мал. 3, 4, 5).

Матка має форму перевернутої груші зі щільними м'язовими стінками і просвітом у вигляді трикутника, вузьким у сагітальній площині та широким — у фронтальній. У матці розрізняють тіло, дно, шийку і перешийок. Лінія прикріплення піхви розділяє шийку на піхвову (кольор. вкл., мал. 6) та надпіхвову (суправагінальну) частини. Поза вагітністю вигнуте дно направлене допереду, причому тіло утворює тупий кут відносно піхви (нахилене вперед) і зігнуте допереду. Передня поверхня тіла матки плоска і прилягає до верхівки сечового міхура. Задня поверхня вигнута і обернена зверху і ззаду до прямої кишки.

Тіло матки (*corpus uteri*), включаючи її дно (*fundus uteri*), покрите очеревиною. Спереду, на рівні перешийка, очеревина загинається і переходить на верхню поверхню сечового міхура, утворюючи неглибоку міхурово-маткову заглибину. Ззаду очеревина продовжується вперед і вгору, покриваючи перешийок, надпіхвову частину шийки матки і задне склепіння піхви, а потім переходить на передню поверхню прямої кишки, утворюючи глибоку прямокишково-маткову заглибину. Довжина тіла матки в середньому становить 5 см. Загальна довжина перешийка і шийки — близько 2,5 см, їх діаметр — 2 см. Співвідношення довжини тіла і шийки матки залежить від віку і кількості пологів і в середньому становить 2:1.

Кровопостачання: *aa. uterina, aa. ovarica* та *r. ovarica a. uterinae*.

Іннервація: *plexus hypogastricus, plexus uterinus, plexus uterovaginalis*.

Стінка матки складається з тонкого зовнішнього шару очеревини — серозної оболонки (периметрія), товстого проміжного

шару непосмугованих м'язів і сполучної тканини — м'язової оболонки (міометрія) і внутрішньої слизової оболонки (ендометрія). Тіло матки має безліч м'язових волокон, кількість яких зменшується донизу в міру наближення до шийки. Шийка складається з рівної кількості м'язів і сполучної тканини.

Зовнішній шар (*tunica serosa — perimetrium*) міометрія містить в основному вертикальні волокна, які йдуть латерально у верхній частині тіла і з'єднуються із зовнішнім поздовжнім м'язовим шаром маткових труб.

Середній шар (*tunica muscularis — myometrium*) включає велику частину маткової стінки і складається із сітки спіралеподібних м'язових волокон, які з'єднані з внутрішнім коловим м'язовим шаром кожної труби.

Внутрішній шар (*tunica mucosa — endometrium*) складається з колових волокон, які можуть виконувати функцію сфінктера біля перешийка і біля вічок маткових труб. Слизова оболонка тіла матки (ендометрій) має два шари: функціональний (поверхневий) і базальний (*lamina propria*), що не змінюється залежно від менструального циклу. Вона покрита одношаровим циліндричним війчастим (*scintillans*) епітелієм.

Порожнина матки (*cavum uteri*) поза вагітністю є вузькою щілиною, при цьому передня і задня стінки тісно прилягають одна до одної. Порожнина має форму перевернутого трикутника, основа якого розміщена зверху, де вона з обох боків з'єднана з вічками маткових труб; вершина — знизу, де порожнина матки переходить у шийковий канал.

Шийка матки (*cervix uteri*) направлена донизу і назад і стикається із задньою стінкою піхви. Сечоводи лежать безпосередньо латерально, порівняно близько до шийки матки. Канал шийки матки (цервікальний канал) у ділянці перешийка має довжину 6—10 мм. Перешийок (*isthmus uteri*) іннервується волокнами парного тазового сплетення. Місце, де канал шийки матки переходить у порожнину матки, називається внутрішнім вічком. Цервікальний канал трохи розширюється у своїй середній частині і відкривається в піхві зовнішнім вічком. Слизова оболонка каналу вистелена циліндричним епітелієм.

Шийка матки кровопостачається гілками *a. uterina (r. colli uteri)* та *a. vaginalis*, які відходять від *a. iliaca interna*. Шийка матки іннервується волокнами *plexus uterovaginalis, plexus pelvicus*. Іннервація шийки матки переважно парасимпатична.

Маткові труби. Яєчники

Маткові труби (*tubae uterinae, salpinx*). З обох боків тіла матки латерально розташовані довгі вузькі маткові фаллопієві труби. Труби займають верхню частину широкої зв'язки і згинаються дугою латерально над яєчником, потім ідуть униз над задньою частиною медіальної поверхні яєчника. Труба в розтягнутому вигляді завдовжки 10 см.

Розрізняють такі її частини:

1) інтрамуральна (інтерстиціальна — *pars interstitialis*), або маткова, ділянка — у середині стінки матки, з'єднана з порожниною матки. Її просвіт має найменший діаметр (1 мм або менше);

2) вузька ділянка називається перешийком (*isthmus tubae uterinae*);

3) далі труба розширюється і стає звивистою, утворюючи ампулу (*pars ampullaris, s. ampulla tubae uterinae*);

4) закінчується біля яєчника у вигляді лійки (*infundibulum tubae uterinae*).

По периферії на лійці розміщені торочки, які оточують черевний отвір маткової труби; одна або дві торочки стикаються з яєчником. Стінка маткової труби утворена трьома шарами: зовнішній шар, що складається в основному з очеревини (серозної оболонки — *tunica serosa*), проміжний непосмугований м'язовий шар (міосальпінкс) і слизова оболонка (ендосальпінкс). Слизова оболонка покрита війчастим епітелієм і має поздовжні складки.

Яєчники (*ovarium, oophoron*). Жіночі гонади представлені яєчниками овальної або мигдалеподібної форми. У середньому їх розміри становлять: ширина 2 см, довжина 4 см і товщина 1 см. Поздовжня вісь яєчників майже вертикальна, з верхнім полюсом біля маткової труби і з нижнім краєм ближче до матки. Задня частина яєчників вільна, а передня фіксована до широкої зв'язки матки за допомогою двошарової складки очеревини — брижа яєчника (*mesovarium*). Через неї проходять судини і нерви, які досягають воріт яєчників. До верхнього полюса яєчників прикріплені складки очеревини — зв'язки, що підвішують яєчники (лійково-тазові), в яких містяться яєчникові судини і нерви. Нижня частина яєчників прикріплена до матки за допомогою фіброзно-м'язових зв'язок (власні зв'язки яєчників). Ці зв'язки

з'єднуються з латеральними краями матки під кутом трохи нижче за те місце, де маткова труба прилягає до тіла матки.

У яєчниках розрізняють зовнішній кірковий і внутрішній мозковий шари. У сполучній тканині мозкового шару проходять судини, нерви. У кірковому шарі серед сполучної тканини — велика кількість фолікулів у різних стадіях розвитку. Кровообіг яєчників здійснюється за рахунок *aa. ovarica, rr. ovarica aa. uterina*. Іннервуються яєчники переважно через яєчникове сплетення (*plexus ovaricus*), розміщене за ходом *vasa ovarica*.

Над'яєчник (*epoophoron*) розміщується між листками широкої зв'язки матки (*lig. latum*) у латеральному відділі брижі маткової труби і складається із 10—12 вузьких каналців (*ductuli transversi, ductus epoophori longitudinalis*), що прямують до воріт яєчника.

Прияєчник (*paraepoophoron*) — це вузол із слабо розвинутих сліпих каналців, що розміщується між листками *lig. latum* нижче місця фіксації брижі яєчника.

Одним із важливих утворів в організмі жінки є грудна залоза.

Грудна (молочна) залоза (*glandula mammaria*), або грудь (*mamma*), є парним органом, розміщеним на поверхні великого грудного м'язу на рівні III—IV ребер і функціонально тісно пов'язаним з органами статевої системи (кольор. вкл., мал. 7, 8).

Форма залоз залежить від кількості жирової тканини, що міститься в них. На поверхні середнього відділу залози добре помітне пігментоване грудне кружальце (*areola mammae*), у центрі якого розміщується сосок грудної залози (*papilla mammaria*).

Тіло груді (*corpus mammae*) статевозрілої жінки утворене окремими частками (*lobuli glandulae mammariae*) у кількості 15—20.

Частки відділяються одна від одної проширками, утвореними пухкою сполучною і жировою тканинами. На вершині соска відкриваються вивідні молочні протоки залоз (*ductus lactiferi*). Молочні протоки розширюються, утворюючи молочні пазухи (*sinus lactiferus*). У пазухах скупчується молоко, що виробляється залозами.

Зв'язковий апарат внутрішніх жіночих статевих органів

Положення в малому тазі матки і яєчників, а також піхви і суміжних органів залежить насамперед від стану м'язів і фасцій тазового дна, а також від стану зв'язкового апарату матки. У нормі матку з матковими трубами і яєчники утримують підвішувальний апарат (зв'язки), закріплювальний апарат (зв'язки, що фіксують підвішену матку) та опорний, або підтримувальний, апарат (тазове дно).

Підвішувальний апарат внутрішніх жіночих статевих органів включає такі зв'язки:

1. **Круглі зв'язки матки** (*ligg. teres uteri*). Вони складаються з непосмугованих м'язів і сполучної тканини, мають форму шнурів завдовжки 10—12 см. Ці зв'язки відходять від кутів матки, ідуть під переднім листком широкої зв'язки матки до внутрішніх отворів пахвинних каналів. Минувши пахвинний канал, круглі зв'язки матки віялоподібно розгалужуються в клітковині лобка і великих соромітних губ. Круглі зв'язки матки притягують дно матки дотриву (нахил уперед).

2. **Широкі зв'язки матки** (*ligg. latum uteri*). Це дуплікатура очеревини, що йде від ребер матки до бічних стінок таза. У верхніх відділах широких зв'язок матки розміщені маткові труби, на задніх листках — яєчники, між листками — клітковина, судини і нерви.

3. **Власні зв'язки яєчників** (*ligg. ovarii propriae, s. ligg. suspensorii ovarii*) починаються від дна матки ззаду і нижче від місця відходження маткових труб і йдуть до яєчників.

4. **Підвішувальні зв'язки яєчників, або лійково-тазові зв'язки** (*ligg. suspensorium ovarii, s. infundibulopelvicum*), є продовженням широких маткових зв'язок, ідуть від маткової труби до стінки таза.

Фіксуєчий апарат матки

Фіксуєчий апарат матки складають сполучнотканинні тяжі з невеликою кількістю непосмугованих м'язових волокон, які йдуть від нижнього відділу матки.

Лобково-міхурова зв'язка (*lig. pubovesicale s. pubovesicalis*) являє собою сполучнотканинні тяжі й непосмуговані волокна. Відходить від нижнього відділу матки й прямує до сечового міхура та симфізу:

а) допереду — до сечового міхура і далі до симфізу (*lig. pubovesicale, lig. vesicouterinum*);

б) до бічних стінок таза — поперечна зв'язка матки (*lig. transversum uteri, s. lig. cardinale (mesometrium)*) зв'язує матку з тазовою фасцією на рівні внутрішнього зіву. Складається зі сполучної тканини, гладком'язових, фасціальних волокон і численних судин. Медіально її тканини переходять у *parametrium*. Зв'язка охоплює матку на рівні її перешийка й переходить у тазову фасцію.

в) дозад — до прямої кишки і крижів (*lig. sacrouterinum*).

Крижово-маткові зв'язки (*plicae sacrouterina*) відходять від задньої поверхні матки в ділянці переходу тіла в шийку, охоплюють з обох боків пряму кишку і прикріплюються на передній поверхні крижів. Ці зв'язки притягують шийку матки назад.

Опорний (підтримувальний) апарат матки

Опорний апарат складають м'язи і фасції тазового дна. Тазове дно має величезне значення в забезпеченні нормального положення внутрішніх статевих органів. При підвищенні внутрішньочеревного тиску шийка матки спирається на тазове дно як на підставку; м'язи тазового дна перешкоджають опусканню вниз статевих органів і органів черевної порожнини. Тазове дно утворене шкірою і м'язово-фасціальною діафрагмою.

Тазове дно — фасціально-м'язовий шар, який закриває вихід з малого таза і складається з трьох шарів м'язів.

Нижній шар:

1) сіднично-печеристий м'яз (*m. ischiocavernosus*) — іде від нижньої гілки сідничної кістки і прикріплюється до клітора;

2) цибулинно-губчастий м'яз (*m. bulbospongiosus*) — іде від сухожилкового центру до клітора, охоплює вхід у піхву і при скороченні звужує його;

3) поверхневий поперечний м'яз промежини (*m. transversus perinei superficialis*) — іде від сухожилкового центру вправо і вліво і прикріплюється до внутрішньої поверхні сідничних горбів;

4) зовнішній м'яз — замикач відхідника (*m. sphincter ani externus*). Пучки цього м'яза починаються від куприка і, охоплюючи відхідник, закінчуються в сухожилковому центрі промежини.

Середній шар — сечостатева діафрагма (*diaphragma urogenitale*). Це трикутна м'язово-фасціальна пластинка, розташована під симфізом, у лобковій дузі.

Складається з двох м'язів:

1) внутрішній м'яз — замикач сечівника (*m. sphincter urethrae*),
2) глибокий поперечний м'яз промежини (*m. transversus perinei profundus*).

Через сечостатеву діафрагму проходять сечівник та піхва (кольор. вкл., мал. 9).

Внутрішній шар, який називають **діафрагмою таза**, утворюється одним парним м'язом — м'язом — підіймачем відхідника (*m. levator ani*), має трикутну форму і складається з трьох частин:

— лобково-куприковий м'яз (*m. pubococcygeus*) бере початок від внутрішньої поверхні нижніх гілок лобкових кісток, обходить сечівник, піхву, пряму кишку, сполучається між собою, прикріплюється до крижово-куприкової зв'язки (*lig. sacrococcygeus anterioris*) і куприка.

Функція: звужує пряму кишку і піхву, піднімає їх і дно таза;

— клубово-куприковий м'яз (*m. ileococcygeus*) бере початок від сухожилкової дуги, перекинута між лобковою і сідничною кістками, охоплює лобково-куприковий м'яз, з'єднується між собою під прямою кишкою і верхівкою куприка.

Функція: піднімає вгору дно порожнини таза;

— сіднично-куприковий м'яз (*m. ischiococcygeus*) бере початок від внутрішньої поверхні сідничної кістки, обходить пряму кишку, з'єднується між собою і прикріплюється до верхівки куприка.

Під час пологів усі шари тазового дна розтягуються і утворюють широку трубку (пологовий канал), яка після народження дитини скорочується і набуває попередньої форми. Усі м'язи тазового дна покриті **фасціями**.

Фасція таза (*fascia pelvis*) покриває м'язи тазового дна зверху. Вона є безпосереднім продовженням внутрішньочеревної фасції і складається з парієтальної (пристінкової) фасції таза і вісцеральної (нутроцевої) фасції, що покриває органи малого таза.

Знизу промежина покрита поверхневою фасцією промежини (*fascia superficialis perinei*) і нижньою фасцією діафрагми таза (кольор. вкл., мал. 10).

Промежина — це ділянка тазового дна між задньою спайкою та куприком.

Функції тазового дна:

— опора для внутрішніх статевих органів та забезпечення нормального їх розташування. Ушкодження м'язів тазового дна призводить до опущення і випадіння статевих органів;

— м'язи тазового дна беруть участь у регуляції внутрішньочеревного тиску;

— під час пологів утворюють пологовий канал.

Кровопостачання статевих органів

Кровопостачання статевих органів жінки здійснюється:

1) підчеревною (внутрішньою клубовою) артерією (*a. hypogastrica, s. a. iliaca interna*);

2) яєчниковою (внутрішньою сім'яною) артерією (*a. ovarica, s. a. spermatica interna*).

Зовнішні статеві органи одержують кров від внутрішньої соромітної артерії (*a. pudenda interna*) і затульної артерії (*a. obturatoria*), що йде від підчеревної артерії (*a. iliaca interna, s. a. hypogastrica*), зовнішньої соромітної артерії (*a. pudenda externa*) і зовнішньої сім'яної артерії (*a. spermatica externa*) — гілочок зовнішньої клубової артерії (*a. iliaca externa*).

Піхва кровопостачається від гілочок підчеревної артерії:

— *нижня частина* — від внутрішньої соромітної артерії і середньої прямокишкової артерії (*a. haemorrhoidalis media*);

— *середня частина* — від вагінальних гілок нижньої артерії сечового міхура (*a. vesicalis inferior*);

— *верхня частина* — від низхідних гілок маткових артерій (*rami cervicovaginalis*).

Кровопостачання матки забезпечується трьома парними судинами:

— матковими артеріями (*a. uterina*), основне джерело кровопостачання внутрішніх статевих органів жінки — гілки підчеревної артерії;

— яєчковими артеріями (*a. ovarica, s. a. spermatica interna*), які відходять від аорти і йдуть у лійково-тазових зв'язках;

— зовнішніми сім'яними артеріями (*a. spermatica externa*) — йдуть від зовнішніх клубових артерій, проходять у круглих зв'язках.

Маткові труби і яєчники кровопостачаються яєчничковою артерією і гілками маткової артерії, що анастомозують між собою.

Венозна система жіночих статевих органів

Венозна система жіночих статевих органів набагато більша, ніж артеріальна (кольор. вкл., мал. 11, 12). Ця особливість зумовлена тим, що кожен артерію супроводжують мінімум дві вени, які багато разів з'єднуються між собою. Крім того, вени утворюють такі сплетення: у ділянці клітора, біля країв присінка піхви, навколо сечового міхура, прямої кишки, піхви, матки і яєчників. Ця особливість венозної системи характеризується тим, що навіть за незначної травми статевих органів виникають масивні кровотечі, які дуже важко спинити без знання їх топографічної анатомії.

Лімфатична система

Від зовнішніх статевих органів і нижньої частини піхви лімфа відтікає до верхніх пахвинних вузлів. У ці вузли частково йде лімфа по круглих зв'язках від дна матки. З верхніх частин піхви, шийки і нижнього відділу матки лімфа надходить у крижові і підчеревні лімфатичні вузли. З верхньої частини тіла матки, труб і яєчників лімфа збирається у верхні поперекові лімфатичні вузли.

Іннервація статевих органів

Іннервація статевих органів відбувається за рахунок волокон, які відходять безпосередньо зі спинного мозку, та частини нервів вегетативної нервової системи.

Тіло матки іннервується в основному симпатичними нервовими волокнами (з *plexus hypogastricus*), **шийка матки і піхва** — парасимпатичними (з *plexus utero-vaginalis*).

Яєчники іннервуються яєчковим сплетенням (*plexus ovarica*), що утворюється з парааортального і ниркового сплетень (*plexus praesacralis* і *plexus renalis*).

Зовнішні статеві органи іннервуються гілочками соромітнього нерва (*n. pudendus*), що відходить від крижових нервів (*n. sacralis*).

Найчутливішою частиною є ділянка внутрішнього вічка шийки матки, оскільки тут багато нервових закінчень і вузлів.

Тестові завдання

1. До зовнішніх статевих органів належать:

- A. Лобок, великі і малі соромітні губи, клітор, піхва, сечівник.
- B. Лобок, великі і малі соромітні губи, клітор, присінок піхви, присінкові залози.
- C. Піхва, матка, маткові труби, яєчники.
- D. Піхва, присінок піхви, клітор, соромітні губи.
- E. Лобок, соромітні губи, матка, яєчники.

2. До внутрішніх статевих органів належать:

- A. Матка, яєчники, маткові труби, присінок піхви.
- B. Матка, яєчники, маткові труби, клітор, соромітні губи.
- C. Матка, яєчники, маткові труби, піхва.
- D. Матка, яєчники, піхва, маткові труби, клітор.
- E. Матка, малі соромітні губи, піхва, яєчники, маткові труби.

3. Межею між зовнішніми та внутрішніми статевими органами є:

- A. Присінок піхви.
- B. Дівоча перетинка.
- C. Малі соромітні губи.
- D. Великі соромітні губи.
- E. Промежина.

4. Скільки склепінь є в піхві:

- A. 2.
- B. 3.
- C. 5.
- D. 4.
- E. 1?

5. Яке склепіння піхви має найбільше значення:

- A. Переднє.
- B. Заднє.
- C. Праве бічне.
- D. Ліве бічне.
- E. Усі?

6. Матка складається з:

- A. Тіла, шийки, перешийка.
- B. Тіла.
- C. Тіла, шийки.
- D. Тіла, перешийка.
- E. Шийки, перешийка.

7. До підвішувального апарату внутрішніх статевих органів належать:

- A. Круглі, широкі, крижово-маткові, лійково-тазові та власні зв'язки.
- B. Круглі, широкі, лійково-тазові, власні зв'язки.
- C. Круглі, широкі, власні, кардинальні зв'язки.
- D. Круглі, широкі, лійково-тазові зв'язки.
- E. Круглі, широкі, кардинальні зв'язки.

8. Лобковий кут жіночого таза дорівнює:

- A. 70—75°.
- B. 75—90°.
- C. 60—75°.
- D. 80°.
- E. 90—100°.

9. Прямий розмір входу в таз дорівнює:

- A. 12 см.
- B. 10,5 см.

C. 13—13,5 см.

D. 12,5 см.

E. 11 см.

10. У матковій трубі розрізняють:

A. Інтерстиціальну частину, перешийкову та ампулярну з шийкою.

B. Перешийкову та ампулярну частини.

C. Інтерстиціальну та ампулярну частини.

D. Перешийкову та ампулярну частини.

E. Ампулярну частину з шийкою.

Задачі

1. У роділлі в ранній післяпологовий період виникла кровотеча. Крововтрата — 1000 мл. Свідомість збережена, відчуття страху, шкіра бліда, кінцівки холодні, підшкірні вени на руках спалі. Тахікардія — 120 за 1 хв. Консервативні методи спинення кровотечі неефективні, кровотеча продовжується, крововтрата — 1300 мл.

1. Які судини необхідно перев'язати при лапаротомії?

2. Де проходять судини, які постачають кров до матки?

2. Хвора, 48 років, скаржиться на кровомазання, слабкість. В анамнезі пологів — 2, абортів — 5. Матка в антефлексію, збільшена як при 7 тижнях вагітності. Після проведеного фракційного вишкрібання встановлено діагноз — рак тіла матки I стадії.

Які лімфатичні вузли необхідно видалити під час проведення розширеної екстирпації матки?

3. Акушерка проводить заняття з вагітними і розповідає їм про зміни, які відбуваються в слизовій оболонці матки під час менструації.

Назвіть фази менструального циклу.

Еталони відповіді:

1 — B; 2 — C; 3 — B; 4 — D; 5 — B; 6 — A; 7 — A; 8 — E; 9 — E; 10 — A.

Задача 1.

1. а) *a. uterina* — парна;

б) *a. spermatica interna* — парна.

2. а) *a. uterina* перев'язують з боку від внутрішнього зів'язу;

б) *a. spermatica interna* проходить у круглій зв'язці матки.

Задача 2.

Необхідно видалити парааортальні лімфатичні вузли та вузли на нижній порожнистій вені.

Задача 3.

Менструальний цикл має 4 фази: десквамації, регенерації, проліферації, секреції.

Розділ 2

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНУ ВАГІТНОСТІ І ДАТИ ПОЛОГІВ

Визначення терміну вагітності проводять на підставі анамнестичних даних (затримка менструації, дата першого ворухіння плода), за даними об'єктивного дослідження (величина матки, розміри плода) і за даними додаткових методів дослідження (УЗД).

Термін вагітності і дату пологів визначають:

1. За датою останньої менструації. Від першого дня останньої менструації відлічують кількість днів (тижнів) на момент обстеження вагітної. Для визначення дати пологів до першого дня останньої менструації додають 280 днів (10 акушерських місяців) або використовують формулу Негеле: від дати початку останньої менструації віднімають 3 міс. і додають 7 днів. Цей метод не може бути використаний у жінок з нерегулярним менструальним циклом.

2. За овуляцією. Якщо жінка може назвати дату передбачуваного зачаття (рідкі статеві контакти, операція екстракорпорального запліднення, інсемінація спермою донора), то термін вагітності відлічують від дати зачаття, додавши 2 тиж., а дату пологів визначають, відлічивши від дати передбачуваної овуляції 38 тиж. або використовуючи таку формулу: від дати овуляції віднімають 3 міс. 7 днів.

3. За першим зверненням. При встановленні на облік з приводу вагітності обов'язковим є вагінальне дослідження, за якого з певною точністю можна визначити термін вагітності (таблиця).

4. За першим ворухінням плода. У жінок, які народжують уперше, до дати першого ворухіння плода (20 тиж.) додають

20 тиж. (4 календарні місяці + 18 днів). У жінок, які народжують удруге, до першого ворухіння (18 тиж.) додають 22 тиж. (5 календарних місяців + 1 день).

5. За даними ультразвукового дослідження. Точність визначення терміну вагітності за даними УЗД достатньо висока, особливо в I триместрі вагітності. У II і III триместрах вірогідність помилки при визначенні терміну вагітності цим методом підвищується, що пов'язано з конституціональними особливостями розвитку плода або ускладненнями вагітності (гіпотрофія плода, діабетична фетопатія тощо), тому певну цінність має динамічне ультразвукове спостереження за плодом.

6. За датою допологової відпустки. За законодавством України з 30 тиж. вагітності жінка має право на допологову відпустку. У районах, які постраждали від наслідків аварії на ЧАЕС, допологова відпустка надається в 28 тиж. вагітності.

Ознаки, характерні для вагітності в терміні 30 тиж.:

- висота стояння дна матки — 26—28 см;
- окружність живота — 80—85 см;
- прямий розмір голівки — 9 см;
- довжина плода — 37—38 см;
- форма пупка вагітної — утягнутий.

7. За даними об'єктивного дослідження. Визначення терміну вагітності в I триместрі можливе при бімануальному дослідженні, оскільки матка в ці терміни розташовується в малому тазі. З 16 тиж. дно матки промацують над лобком і про термін вагітності судять за висотою стояння дна матки над лобковим симфізом, яку вимірюють сантиметровою стрічкою (див. таблицю).

Таблиця
Величина матки і висота стояння її дна в різні терміни вагітності

Термін вагітності (тижні)	Ознаки
4	Матка величиною з куряче яйце
8	Матка величиною з гусяче яйце
12	На 3 см вище від лобка (з голівку новонародженого)
16	На 12 см вище від лобка (посередині відстані між пупком та лобком)

Закінчення таблиці

Термін вагітності (тижні)	Ознаки
20	На 16 см вище від лобка (на 2 поперечних пальці нижче пупка)
24	На 20 см вище від лобка (на рівні пупка)
28	На 24 см вище від лобка (на 2—2,5 поперечних пальці вище пупка)
32	На 28 см вище від лобка (посередині відстані між пупком та мечоподібним відростком)
36	На 32 см вище від лобка (на рівні ребрової дуги); пупок згладжений
40	Дно матки опускається на середину між пупком і мечоподібним відростком, 32—34 см над лобком, окружність живота — 96—98 см, пупок випнутий, прямий розмір голівки — 11—12 см. У жінок, які вперше народжують, голівка плода притиснута до входу в малий таз, у жінок, які повторно народжують, — рухлива

Вимірювання висоти стояння дна матки над лобком

Техніка вимірювання. Вимірювання висоти стояння дна матки (кольор. вкл., мал. 13, 14) над лобком проводять сантиметровою стрічкою або тазоміром. Положення жінки — лежачи на спині, ноги випрямлені, сечовий міхур має бути спорожнений. Вимірюють відстань між верхнім краєм симфізу і найвіддаленішою точкою дна матки.

Вимірювання окружності живота

У другій половині вагітності проводять вимірювання окружності живота сантиметровою стрічкою, яку спереду накладають на рівні пупка, ззаду — на середину поперекової ділянки (кольор. вкл., мал. 15).

Визначення терміну вагітності за довжиною тіла плода.

Точно виміряти довжину тіла плода важко, і отримувати при цьому дані мають тільки орієнтовний характер (кольор. вкл., мал. 16).

Техніка вимірювання. Вимірювання проводять за допомогою тазоміра. Жінка лежить на спині, сечовий міхур має бути спорожнений. Промацавши через черевну стінку частини плода, один гудзичок тазоміра встановлюють на нижній полюс голівки, інший — на дно матки, де частіше розміщуються сідниці плода.

В.В. Сутугін визначив, що відстань від нижнього полюса голівки до тазового кінця становить рівно половину довжини тіла плода (від тім'ячка до п'ят). Тому величину, отриману при вимірюванні відстані від нижнього полюса голівки до сідниць, множать на два. Від отриманого числа віднімають 3—5 см залежно від товщини черевної стінки. Визначивши довжину тіла плода, це число ділять на 5 і отримують термін вагітності в місяцях.

Довжину плода визначають за формулою Сутугіна: $X = L \times 2$, де X — орієнтовна довжина плода, см; L — довжина плода, у сантиметрах, отримана при вимірюванні тазоміром.

Існує зв'язок між довжиною плода і терміном вагітності.

За формулою Ф.Н. Гаазе: до 5-го місяця вагітності довжина тіла плода відповідає кількості календарних місяців у квадраті, з 6-го місяця вагітності — кількості місяців, помноженій на 5.

За формулою Скульського:

$$X = (L \times 2) - 5 \times 5,$$

де X — припустимий термін вагітності; L — довжина тіла плода в матці при вимірюванні тазоміром; 2 — коефіцієнт подвоєння; 5 у чисельнику — товщина стінки матки; 5 у знаменнику — цифра, на яку множать кількість місяців для одержання довжини плода (за формулою Гаазе).

За формулою І.Ф. Жорданія:

$$X = L + C,$$

де X — термін вагітності, тижні; L — довжина тіла плода в матці, вимірювана тазоміром; C — лобово-потиличний розмір (кольор. вкл., мал. 17).

Ультразвукове дослідження дає змогу з точністю визначити термін вагітності за біпаріетальним розміром (БПР) голівки, діаметром грудної клітки, довжиною і окружністю стегна, куприком тім'яним розміром.

Використання методу УЗД підвищує точність визначення терміну вагітності.

Тестові завдання

1. У жінки регулярний 28-денний менструальний цикл. Остання менструація була з 8 квітня 2014 р. Яка очікувана дата пологів:

- A. 8 січня 2015 р.
- B. 1 січня 2015 р.
- C. 15 січня 2015 р.
- D. 22 січня 2015 р.
- E. 29 січня 2015 р.?

2. Жінка скаржиться на загальне нездужання, нудоту, блювання 1 раз на добу, сонливість, затримку менструації на 2 міс. Об'єктивно: ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки, матка збільшена до розмірів гусячого яйця, пом'якшена, особливо в ділянці перешийка, під час пальпації стала щільнішою. Найімовірніший діагноз:

- A. Вагітність 4 тиж.
- B. Вагітність 8 тиж.
- C. Позаматкова вагітність.
- D. Порушення менструального циклу.
- E. Гастрит.

3. Післяпологова відпустка в жінки при багатоплідній вагітності становить:

- A. 75 дів.
- B. 56 дів.
- C. 126 дів.
- D. 140 дів.
- E. 70 дів.

4. У жінки матка збільшена до 5—6 тиж. вагітності, асиметрична, у лівому куті матки пальпується випинання, матка м'яка, але під час дослідження скоротилася й ущільнилася, після припинення подразнення знову стала м'якою. Які ознаки вагітності виявив лікар:

- A. Піскачека і Снегірьова.
- B. Горвіца — Гегара.
- C. Гентера і Піскачека.

- D. Губарева і Гауса.
- E. Снегірьова і Гентера?

5. У породіллі, 23 років, відбулись фізіологічні пологи. Яка тривалість декретної відпустки в цьому випадку:

- A. 120 дів
- B. 136 дів
- C. 140 дів
- D. 126 дів
- E. 130 дів?

6. Молода подружня пара, яка планує народження дитини, цікавиться в якому терміні вагітності необхідно стати на облік в жіночу консультацію. Дайте правильну пораду:

- A. У 12 тиж.
- B. Одразу після останньої менструації.
- C. До 12 тиж.
- D. У 12—14 тиж.
- E. Після першого відчуття руху плода.

7. У пацієнтки, що прийшла на прийом у жіночу консультацію, скарги на нудоту, відсутність менструації протягом 2 міс. Після огляду за допомогою дзеркал з'ясовано, що шийка матки ціанотична, тіло матки дещо розм'якшене та збільшене. З метою якнайшвидшого підтвердження діагнозу в умовах жіночої консультації, який метод потрібно застосувати:

- A. Ультразвуковий.
- B. Імунологічний.
- C. Загальний аналіз сечі.
- D. Аналіз сечі на хоріонічний гонадотропін.
- E. Тестовий?

8. Першовагітна прийшла на черговий прийом у жіночу консультацію. З анамнезу — перші рухи плода відчула 4 тиж. тому. Дно матки на рівні пупка. Визначте термін вагітності:

- A. 24 тиж.
- B. 20 тиж.
- C. 16 тиж.
- D. 28 тиж.
- E. 32 тиж.

9. У реєстратуру жіночої консультації звернулася вагітна для взяття її на облік з приводу вагітності. Який медичний документ, що забезпечує зв'язок жіночої консультації, пологового будинку і вагітної повинна заповнити медсестра:

- Індивідуальну карту вагітної і роділлі.
- Контрольну карту диспансерного обліку.
- Журнал обліку вагітності.
- Медичну карту амбулаторного хворого.
- Історію пологів?

10. Першовагітна, 20 років, звернулася до медичної сестри дільничного терапевта, у якого спостерігалась з приводу ревматичної вади серця. Два дні тому вперше відчула рухи плода. На обліку в жіночій консультації не перебувала. Дати останньої менструації не пам'ятає. Під час огляду виявлено, що дно матки розміщене на два поперечні пальці нижче пупка. Який термін вагітності:

- 20 тиж.
- 18 тиж.
- 24 тиж.
- 16 тиж.
- 30 тиж.?

Задачі

1. Встановіть послідовність дій:

Діагностика вагітності:

- УЗД;
- загальний огляд;
- анамнез;
- спеціальне зовнішнє і внутрішнє дослідження;
- скарги;
- лабораторні дослідження.

2. Знайдіть відповідність:

Термін вагітності:

Висота стояння дна матки:

- 16 тиж.;

- на рівні мечоподібного відростка;

- 20 тиж.;

- на 2 поперечні пальці нижче пупка;

- 28 тиж.;

- посередині між лобком і пупком;

- 36 тиж.;

- посередині між пупком і мечоподібним відростком;

- 40 тиж.

- на 2—3 пальця вище пупка.

3. Встановіть послідовність дій за підозри на багатоплідну вагітність:

- УЗД;
- зовнішнє акушерське дослідження за допомогою прийомів Леопольда — Левицького;
- вимірювання окружності живота і висоти стояння дна матки;
- вслуховування серцебиття плода;
- збирання анамнезу.

Еталони відповіді:

1 — C; 2 — B; 3 — E; 4 — A; 5 — D; 6 — C; 7 — A; 8 — B; 9 — A; 10 — A.

Задача 1. 5, 3, 2, 4, 1, 6.

Задача 2. 1 в, 2 б, 3 г, 4 а, 5 г.

Задача 3. 5, 3, 2, 4, 1.

Розділ 3

ЖІНОЧИЙ ТАЗ З АКУШЕРСЬКОЇ

ТОЧКИ ЗОРУ

Жіночий таз (кістковий таз)

Кістковий таз — міцне вмістилище для внутрішніх статевих органів жінки, прямої кишки, сечового міхура і тканин, що оточують їх. Таз жінки утворює пологовий канал, по якому просувається плід при народженні.

Жіночий таз (кольор. вкл., мал. 18) складається з п'яти кісток: клубової (*os ileum*), лобкової (*os pubis*) і сідничої (*os ischii*), а також крижової (*os sacrum*), що складається з п'яти зрощених хребців, і куприкової (*os coccygis*), утвореної з 4—5 зрощених хребців, що звужуються донизу.

Кістки таза сполучені за допомогою симфізу, крижово-клубових і крижово-куприкового суглобів. З'єднання таза укріплені міцними зв'язками. Лобковий симфіз є малорухомим з'єднанням, напівсуглобом.

Розрізняють два відділи таза: верхній — великий таз і нижній — малий таз. Межею між великим і малим тазом є: спереду — верхній край симфізу і лобкових кісток, з боків — межові (безіменні) лінії, ззаду — крижовий мис.

Площина, яка лежить між великим і малим тазом, є площиною входу в малий таз, і має найважливіше значення в акушерстві.

Великий таз

Великий таз значно ширший, ніж малий, він обмежений з боків крилами клубових кісток, ззаду — останніми поперекови-

ми хребцями, спереду — нижнім відділом черевної стінки. Великий таз доступний для дослідження, його розміри визначають досить точно. За розмірами великого таза роблять висновок про розміри малого таза, який безпосередньому вимірюванню недоступний.

Вимірювання таза

Зазвичай вимірюють чотири основних розміри таза — три поперечних і один прямий (кольор. вкл., мал. 19):

1) міжостьова відстань (*distantia spinarum*) — відстань між передньовіршніми остями клубових кісток. Цей розмір дорівнює 25—26 см (кольор., вкл., мал. 20);

2) міжгребенева відстань (*distantia cristarum*) — відстань між найвіддаленішими точками гребенів клубових кісток. У середньому вона дорівнює 28—29 см (кольор., вкл., мал. 21);

3) міжвертлюгова відстань (*distantia trochanterica*) — відстань між великими вертлюгами стегнових кісток. Цей розмір дорівнює 30—31 см (кольор., вкл., мал. 22);

4) зовнішня кон'югата (*conjugata externa*) — прямий розмір таза. Зовнішня кон'югата дорівнює 20—21 см.

Зовнішня кон'югата має важливе значення, оскільки за її величиною можна робити висновок про розміри справжньої (істинної) кон'югати.

Техніка вимірювання (кольор. вкл., мал. 23). Жінку вкладають на бік, ногу, що лежить знизу, згинають у кульшовому і голішковому суглобах, другу витягують. Кінець тазоміра Мартіна ставлять на середину верхньозовнішнього краю симфізу, другий кінець притискають до надкрижової ямки, яка міститься під остистим відростком V поперекового хребця (надкрижова ямка збігається з верхнім кутом попереково-крижового ромба).

Діагональна кон'югата (*conjugata diagonalis*) — відстань від нижнього краю симфізу до найбільш виступаючої точки мису крижів. Діагональна кон'югата дорівнює в середньому 12,5—13 см. Виміряти діагональну кон'югату можна не завжди, оскільки при нормальних розмірах таза мис недосяжний!

Діагональну кон'югату вимірюють при вагінальному дослідженні.

1) від середини симфізу до задньої верхньої ості клубових кісток справа і зліва; цей розмір дорівнює 17 см;

2) від передньої верхньої ості з одного боку до задньовверхньої ості з протилежного боку, і навпаки. Цей розмір дорівнює 21 см;

3) від остистого відростка V поперекового хребця до передньої верхньої ості правої і лівої клубових кісток. Цей розмір дорівнює 18 см.

У симетричному тазі ці парні розміри однакові.

Ураховуючи розміри великого таза, можна судити про розміри малого таза. Так, зменшення всіх розмірів великого таза на 2 см і більше вказує на звуження малого таза.

Малий таз

Малий таз є кістковою частиною пологового каналу. Задня стінка малого таза складається з крижів і куприка, бічні утворені сідничими кістками, передня — лобковими кістками і симфізом. Задня стінка малого таза в 3 рази довша, ніж передня. Верхній відділ малого таза — суцільне неподатливе кісткове кільце. У нижньому відділі стінки малого таза не суцільні; у них є замикальні отвори і сідничі вирізки, обмежені двома парами зв'язок — крижово-остистими і крижово-горбковими.

У малому тазі розрізняють такі відділи: вхід, порожнину і вихід.

У порожнині таза виділяють широку і вузьку частину. Відповідно до цього виокремлюють чотири площини малого таза (кольор. вкл., мал. 34):

I — площину входу в малий таз;

II — площину широкої частини порожнини малого таза;

III — площину вузької частини порожнини малого таза;

IV — площину виходу з малого таза.

I. Площина входу в малий таз має межі: спереду — верхній край симфізу, з боків — межові лінії, ззаду — крижовий мис. У площині входу в таз розрізняють чотири розміри: прямий, поперечний і два косих.

Прямий розмір — відстань від крижового мису до точки, що найбільше виступає на внутрішній поверхні лобкового симфізу.

Цей розмір називається акушерською, або справжньою, кон'югатою (*conjugata vera*). Акушерська, або справжня, кон'югата дорівнює 11 см.

Поперечний розмір — відстань між найвіддаленішими точками межових ліній. Розмір цей дорівнює 13—13,5 см.

Косих розмірів два: правий і лівий, по 12—12,5 см кожний. Правий косий розмір — відстань від правого крижово-клубового суглоба до лівого клубово-лобкового горбка, лівий косий розмір — від лівого крижово-клубового суглоба до правого клубово-лобкового горбка.

Для того щоб легко орієнтуватися в напрямку косих розмірів таза в роділлі, М.С. Малиновський і М.Г. Кушнір пропонують такий прийом. Долоні обох рук складають під прямим кутом, причому долоні обернені догори; кінці пальців наближають до виходу з таза жінки, яка лежить. Площина лівої руки збігатиметься з лівим косим розміром таза, площина правої — з правим.

II. Площина широкої частини порожнини малого таза має такі межі: спереду — середина внутрішньої поверхні симфізу, з боків — середина вертлюгових ямок, ззаду — місце з'єднання II і III крижових хребців. У широкій частині порожнини таза розрізняють два розміри: прямий і поперечний.

Прямий розмір — від з'єднання II і III крижових хребців до середини внутрішньої поверхні симфізу, дорівнює 12,5 см.

Поперечний розмір — між верхівками вертлюгових ямок, дорівнює 12,5 см.

Косих розмірів у широкій частині порожнини таза немає, тому що в цьому місці таз не утворює суцільного кісткового кільця. Косі розміри в широкій частині таза умовні (довжина 13 см).

III. Площина вузької частини порожнини малого таза обмежена спереду нижнім краєм симфізу, з боків — остями сідничих кісток, ззаду — крижово-куприковим суглобом. Тут виділяють два розміри: прямий і поперечний.

Прямий розмір іде від крижово-куприкового суглоба до нижнього краю симфізу (верхівка лобкової дуги); дорівнює 11—11,5 см.

Поперечний розмір іде між остями сідничих кісток, дорівнює 10,5 см.

IV. Площина виходу з малого таза має такі межі: спереду — нижній край симфізу, з боків — сідничі горби, ззаду — верхівка куприка. У площині виходу з таза розрізняють два розміри: прямий і поперечний.

Прямий розмір виходу з таза йде від верхівки куприка до нижнього краю симфізу, дорівнює 9,5 см. При проходженні плода через малий таз куприк відходить на 1,5—2 см і прямий розмір збільшується до 11,5 см.

Поперечний розмір виходу з таза з'єднує внутрішні поверхні сідничих горбів; дорівнює 11 см.

Таким чином, у площині входу в малий таз найбільшим розміром є поперечний. У широкій частині порожнини прямий і поперечний розміри однакові; найбільшим розміром буде умовно прийнятий косий розмір. У вузькій частині порожнини і виході з таза прямі розміри більші, ніж поперечні.

Окрім зазначених вище (класичних) площин таза розрізняють паралельні площини таза (**площини Годжа**).

Перша (верхня) площина проходить через термінальну лінію (*l. terminalis innominata*) і називається термінальною площиною.

Друга — головна площина, паралельна першій на рівні нижнього краю симфізу. Вона називається головною тому, що голівка плода, минувши цю площину, не зустрічає значних перешкод, оскільки вона минула суцільне кісткове кільце.

Третя — спінальна площина, паралельна першій і другій, перетинає таз у ділянці сідничої ості (*spina oss. ischii*).

Четверта — площина виходу, слугує дном малого таза (його діафрагмою) і майже збігається з напрямком куприка.

Провідна вісь (лінія) таза. Якщо умовно з'єднати середину прямих розмірів усіх площин таза, то вийде не пряма, а вигнута наперед лінія в порожнині таза відповідно до вигину внутрішньої поверхні крижів. Цю умовну лінію, що сполучає центри всіх прямих розмірів таза, називають провідною віссю таза. У напрямку до провідної осі таза проходить через пологовий канал плід, що народжується (кольор. вкл., мал. 35).

Відмінності жіночого таза від чоловічого

1. Кістки жіночого таза тонші, більш гладенькі і менш масивні, ніж кістки чоловічого таза.

2. Жіночий таз нижчий, ширший і більший в об'ємі.

3. Крижі в жінок ширші і не так сильно вигнуті, як у чоловічому тазі.

4. Крижовий мис у жінок виступає вперед менше, ніж у чоловіків.

5. Симфіз жіночого таза коротший і ширший.

6. Вхід у малий таз у жінки значно більший, форма входу поперечно-овальна, з виїмкою в ділянці мису; вхід у чоловічий таз нагадує карткове серце, що пов'язано з різкішим виступом мису.

7. Порожнина малого таза в жінок більша, своїми контурами наближається до циліндра, зігнутого наперед; порожнина чоловічого таза менша, вона лійкоподібно звужується донизу.

8. Вихід із жіночого таза ширший, тому що відстань між сідничими горбами більша, лобковий кут ширший (90—100°), ніж у чоловіків (70—75°); куприк видається наперед менше, ніж у чоловічому тазі.

Тестові завдання

1. Нормальні розміри великого таза:

A. 25—28—31—20 см.

B. 23—25—27—17 см.

C. 26—26—31—18 см.

D. 26—29—31—18 см.

E. 22—25—28—18 см.

2. При піхвовому дослідженні: головка плода спереду обмежена краєм симфізу і верхньовнутрішнім краєм лобкових кісток, з боків — дугоподібними лініями клубових кісток і ззаду — крижовим мисом. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва, обернене допереду. В якій площині малого таза розміщена передлегла частина:

A. Площині широкої частини порожнини малого таза.

B. Площині входу в малий таз.

- С. Площині виходу з малого таза.
- Д. Площині вузької частини порожнини малого таза.
- Е. Над входом у малий таз?

3. Яка форма ромба Міхаеліса в жінок з нормальними розмірами таза:

- А. Геометрично неправильний ромб.
- В. Геометрично правильний ромб.
- С. Квадрат.
- Д. Трапеція.
- Е. Трикутник?

4. Лобковий кут жіночого таза дорівнює:

- А. 90—1000.
- В. 70—750.
- С. 75—900.
- Д. 60—750.
- Е. 800.

5. *Distantia spinarum* визначається:

- А. Між гребнями клубових кісток.
- В. Між великими вертлюгами стегнових кісток.
- С. Між сідничими горбами.
- Д. Між передньверхніми остями гребенів клубових кісток.
- Е. Між сідничими остями.

6. *Distantia cristarum* визначається:

- А. Між найвіддаленішими точками гребенів клубових кісток.
- В. Між великими вертлюгами стегнових кісток.
- С. Між сідничими горбами.
- Д. Між сідничими остями.
- Е. Між передньверхніми остями гребенів клубових кісток.

7. *Distantia trochanterica* визначається:

- А. Між гребнями клубових кісток.
- В. Між великими вертлюгами стегнових кісток.
- С. Між сідничими горбами.
- Д. Між сідничими остями.
- Е. Між передньнижніми остями клубових кісток.

8. *Conjugata externa* визначається:

- А. Між надкрижовою ямкою і нижнім краєм лобка.
- В. Між надкрижовою ямкою і серединою лобка.
- С. Між надкрижовою ямкою і серединою верхнього краю лобка.
- Д. Між серединою лобка та боковим кутом ромба Міхаеліса.
- Е. Між передньверхніми остями гребенів клубових кісток.

9. Чому дорівнює справжня кон'югата малого таза, якщо розмір зовнішньої кон'югати таза становить 20 см, а окружність зап'ястка — 15 см:

- А. 12 см.
- В. 5 см.
- С. 7 см.
- Д. 11 см.
- Е. 10 см?

10. При зовнішньому дослідженні голівка плода не визначається. Відійшли навколоплідні води. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, голівка плода розташована нижче нижнього краю лобка, куприка та сідничих горбів. Відкриття вічка повне, стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко під лобком. Голівка розташована нижче нижнього краю лобка, куприка та сідничих горбів, при потугах з'являється зі статевої щілини. Яку площину таза займає голівка плода:

- А. Притиснена до входу в малий таз.
- В. Площину виходу з малого таза.
- С. Площину входу в малий таз.
- Д. Площину широкої частини порожнини малого таза.
- Е. Площину вузької частини порожнини малого таза?

Задачі

1. Під час обстеження вагітної встановлено розміри таза: 25—28—31—20 см. Індекс Соловйова — 15 см. Діагональна кон'югата — 12,5 см.

Як визначити справжню кон'югату?

2. Встановіть послідовність вимірювання при обстеженні кісткового таза:

- 1) зовнішньої кон'югати;
- 2) міжгребеневої відстані;
- 3) діагональної кон'югати;
- 4) міжостьової відстані;
- 5) міжвертлюгової відстані.

3. Знайдіть відповідність:

Форма звуження таза: *Особливості біомеханізму пологів:*

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1) поперечно-звужений таз; | а) максимальне згинання голівки плода; |
| 2) загальнорівномірнозвужений таз; | б) високе пряме стояння стрілоподібного шва; |
| 3) плоскорихтичний таз; | в) передній асинклітизм; |
| 4) простий плоский таз. | г) низьке поперечне стояння стрілоподібного шва; |
| | г) помірне згинання голівки плода. |

Еталони відповіді:

1 — А; 2 — В; 3 — В; 4 — А; 5 — D; 6 — А; 7 — В; 8 — С; 9 — D; 10 — В.

Задача 1. 1. По зовнішній кон'югаті: 20—9=11 см.

2. По діагональній кон'югаті:

а) 12,5 — 1,5 см = 11 см.

б) с.в. = $12,5 - \frac{15}{10} = 11$ см.

Задача 2. 4, 2, 5, 1, 3.

Задача 3. 1 б, 2 а, 3 в, 4 г.

Розділ 4

ПЛІД ЯК ОБ'ЄКТ ПОЛОГІВ

Для фізіологічного ведення пологів медичним працівником необхідно вимірювати не тільки розміри таза, а й основні розміри плода, до яких належать розміри голівки, тулуба та сидниць (кольор. вкл., мал. 36).

Голівка плода складається з двох лобових, двох тім'яних, двох скроневих і потиличної кісток. Ці кістки з'єднані швами, які ще не зрослися, тому одна кістка може заходити за іншу. Унаслідок цього дещо зменшується і змінюється форма (конфігурація) голівки плода, що полегшує перебіг пологів.

У голівці плода розрізняють такі шви:

- 1) стріловий (*sutura sagitalis*) — між обома тім'яними кістками;
- 2) лобовий (*sutura frontalis*) — між двома лобовими кістками;
- 3) вінцевий (*sutura coronalis*) — між лобовими і тім'яними кістками;
- 4) потиличний, або лямбдоподібний (*sutura lambdoidea*), — між тім'яними кістками і потиличною кісткою.

Окрім швів розрізняють так звані тім'ячка — місця, де сходяться три або чотири шви і де кістки не стикаються впритул одна з одною; ці простори затягнуті фіброзними перетинками.

Практичне значення мають два тім'ячка: велике і мале.

Велике тім'ячко (fonticulus magnus s. anterior) визначається між тім'яними і лобовими кістками і має форму ромба.

Мале тім'ячко (fonticulus parvus, s. posterior) трикутної форми — обмежене двома тім'яними і потиличною кісткою, тобто розміщене в місці, де сходяться стріловий і лямбдоподібний шви.

Розміри голівки плода (кольор. вкл., мал. 37, мал. 38):

1) прямий (*diameter frontooccipitalis*) — від перенісся (*glabella*) до потиличного горба (діаметр — 12 см і окружність — 34 см);

2) великий косий (*diameter mentooccipitalis*) — від потиличного горба до підборіддя (діаметр — 13—13,5 см і окружність — 38—42 см);

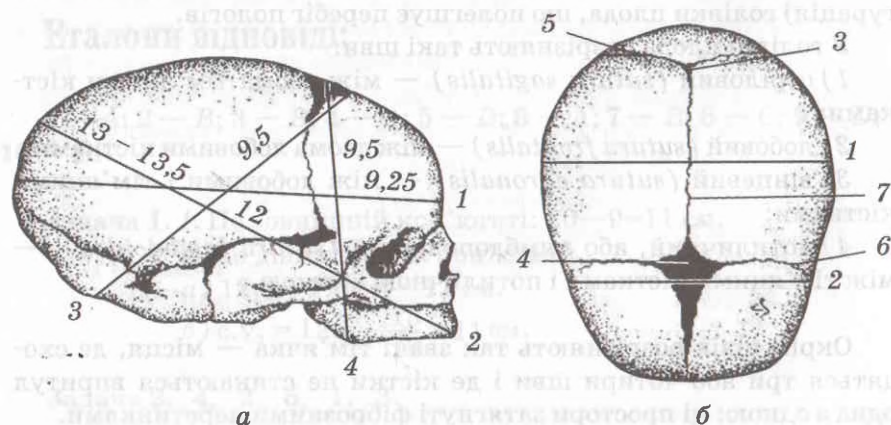
3) середній косий (*diameter suboccipitiofrontalis*) — від підпотиличної ямки до межі волосистої частини лобової ділянки (діаметр — 10 см і окружність — 33 см);

4) малий косий (*diameter suboccipitobregmaticus*) — від підпотиличної ямки до переднього кута великого тім'ячка (діаметр — 9,5 см і окружність — 32 см);

5) великий поперечний (*diameter biparietalis*) — найбільша відстань між тім'яними горбами (9—9,5 см);

6) малий поперечний (*diameter bitemporalis*) — між найвіддаленішими пунктами вінцевих швів (8 см);

7) прямовисний, або вертикальний (*diameter verticalis, s. trashelobregmaticus*), — від верхівки тім'ячка до під'язикової кістки. Діаметр — 9,5—10 см, окружність голівки при цьому розмірі (*circumferentia trashelobregmatica*) — 32 см.



Мал. 38. Череп новонародженого:

a — вигляд збоку: 1 — прямий розмір; 2 — великий косий розмір; 3 — малий косий розмір; 4 — вертикальний розмір; *б* — вигляд зверху: 1 — великий поперечний розмір; 2 — малий поперечний розмір; 3 — заднє (мале) тім'ячко; 4 — переднє (велике) тім'ячко; 5 — ламбдоподібний шов; 6 — вінцевий шов; 7 — стріловий шов

Конфігурація голівки плода під час пологів

Зміни форми голівки під час проходження через пологові шляхи називається конфігурацією голівки, яка залежить від рухомості черепних кісток, що дає змогу їм зміщуватися та заходити одна за іншу і призводить до зменшення голівки в об'ємі.

Вставлення голівки

Вставлення голівки — це її відношення до площини входу в малий таз, а також відношення стрілового шва до симфізу та мису крижів.

Розрізняють синклітичне та асинклітичне вставлення:

— *синклітичне* — коли стріловий шов розташовується на середині між мисом крижів та симфізом;

— *асинклітичне* вставлення (кольор. вкл., мал. 39):

а) передній асинклітизм (негелівський) — стріловий шов ближче до мису крижів, і першою в порожнину малого таза вставляється передня тім'яна кістка;

б) задній асинклітизм (літцманівський) — стріловий шов ближче до симфізу, і першою в порожнину малого таза вставляється задня тім'яна кістка.

Прогноз пологів для плода при передньому асинклітизмі — сумнівний, при вираженому задньому асинклітизмі — несприятливий.

Визначення ступеня вставлення голівки плода під час пологів

Сегментом голівки прийнято називати ту частину голівки, яка пройшла через площину входу в малий таз.

Великим сегментом називають найбільшу окружність голівки при цьому вставленні. Вона може бути тільки одна (при потиличному передлежанні — це окружність по малому косому розміру, при передньоголовному — по прямому, при лобовому — по великому косому і при лицевому — по вертикальному).

Малим сегментом називають окружність голівки нижче її найбільшого діаметра (*великого сегмента*).

Розрізняють у пологах 6 положень голівки до площини входу в малий таз.

1. Голівка рухома (балотує) над входом у малий таз (кольор. вкл., мал. 40).

а) зовнішнє дослідження: третім і четвертим акушерськими прийомами Леопольда голівку легко зміщують, під неї неважко підвести руки;

б) внутрішнє дослідження: голівка недосяжна або легко зміщується вгору і повертається знову в початкове положення.

2. Голівка притиснута до входу в малий таз (кольор. вкл., мал. 41):

а) зовнішнє дослідження: голівка нерухома, але четвертим прийомом може бути виведена в стан рухомості;

б) внутрішнє дослідження: нижній полюс голівки трохи нижче площини входу в малий таз. При натискуванні голівка відштовхується вгору. Мис легко визначається. Крижова западина вільна.

3. Голівка малим сегментом у вході в малий таз (кольор. вкл., мал. 42):

а) зовнішнє дослідження: при четвертому акушерському прийомі руки, що зміщуються вгору, розходяться. Підборіддя плода — на 3—3,5 поперечних пальців, потилиця — на 2—2,5 поперечних пальців вище лобка. Голівка нерухома;

б) внутрішнє дослідження: голівка не відштовхується, нижній полюс її — на 2—2,5 поперечних пальців вище сідничої ості. Мис, як правило, не визначається. Зайнята голівкою тільки 1/3 крижової западини.

4. Голівка великим сегментом у вході в малий таз (кольор. вкл., мал. 43):

а) зовнішнє дослідження: при четвертому акушерському прийомі руки, що зміщуються вгору, сходяться. Підборіддя плода — на 2—3 поперечних пальці вище лобка, а потилиця — на 1 поперечний палець вище лобка або не визначається. Голівка нерухома;

б) внутрішнє дослідження: голівка не відштовхується, нижній полюс її на рівні сідничої ості. Половина або нижня третина крижової западини вільна. Мису досягти не можна. Стріловий шов у косому розмірі.

5. Голівка в порожнині малого таза (кольор. вкл., мал. 44):

а) зовнішнє дослідження: голівка третім і четвертим акушерськими прийомами зовсім не визначається або визначається тільки невелика частина лица;

б) внутрішнє дослідження: нижній полюс голівки — на 2—3 поперечних пальці нижче сідничої ості. Крижова западина заповнена. Стріловий шов наближається до прямого розміру.

6. Голівка на дні малого таза (кольор. вкл., мал. 45):

а) зовнішнє дослідження: голівка не визначається.

б) внутрішнє дослідження: голівка заповнює всю порожнину малого таза. Нижній полюс — на тазовому дні. Провідна лінія голівки — в прямому розмірі виходу з малого таза.

Розміри тулуба доношеного плода:

1) поперечний розмір сідниць (*diameter bisiliacalis*) між вертлюгами стегнових кісток становить 9,5 см, окружність — 27—28 см;

2) поперечний розмір плечиків (*diameter biacromialis*) становить 12 см, окружність — 34—35 см.

Тестові завдання

1. Доношена вагітність. Маса тіла вагітної — 62 кг. Поздовжнє положення плода, голівка плода притиснута до входу в малий таз. Окружність живота — 100 см. Висота стояння дна матки — 35 см. Яка орієнтовна маса плода (г):

- A. 3000.
- B. 4000.
- C. 2500.
- D. 3500.
- E. 4500?

2. Ознакою зрілості новонародженого не є:

- A. Величина відношення маси тіла до довжини тіла.
- B. Розміщення пупкового кільця.
- C. Стан зовнішніх статевих органів.
- D. Кількість сироподібної змазки.
- E. Ціаноз шкірного покриву.

3. Малий косий розмір голівки плода і окружність дорівнюють:

- A. 12—34 см.
- B. 9,5—32 см.
- C. 10—33 см.
- D. 13—39 см.
- E. 1,5—30 см.

4. Середній косий розмір голівки плода і окружність дорівнюють:

- A. 10—33 см.
- B. 9,5—32 см.
- C. 12—34 см.
- D. 10—32 см.
- E. 13—39 см.

5. Великий косий розмір голівки плода і окружність дорівнюють:

- A. 10—33 см.
- B. 13—13,5—36 см.
- C. 12—34 см.
- D. 13—13,5—38—42 см.
- E. 9,5—32 см.

6. Прямий розмір голівки плода і окружність дорівнюють:

- A. 13—13,5—38—42 см.
- B. 12—34 см.
- C. 9,5—32 см.
- D. 12—33 см.
- E. 13—38 см.

7. Ознаки доношеного плода:

- A. Маса тіла нижче 2500 г і довжина менше 45 см.
- B. Пупкове кільце на середині між пупком і мечоподібним відростком.
- C. У хлопчиків яєчка не опущені в калитку.
- D. Підшкірна жирова клітковина розвинена слабо.
- E. Вушні раковини і носові хрящі м'які.

8. Велике тім'ячко розміщується:

- A. Між обома скроневими кістками.
- B. Між скроневою, тім'яною та потиличною кістками.
- C. Між задніми частинами обох тім'яних кісток та потиличною.
- D. Між лобовою, скроневою і клиноподібною кісткою.
- E. На місці з'єднання стрілоподібного, лобового і вінцевого швів.

9. Мале тім'ячко розміщується:

- A. Між обома скроневими кістками.
- B. Задніми частинами обох лобових кісток і передніми частинами обох тім'яних.
- C. На місці з'єднання стрілоподібного і лямбдоподібного швів.
- D. Лобовою, скроневою і клиноподібною кісткою.
- E. Скроневою, тім'яною та потиличною кістками.

10. У роділлі, 25 років, II період термінових пологів. Укажіть, як називається зміна форми голівки плода при проходженні його через пологові шляхи:

- A. Конфігурація голівки.
- B. Кефалогематома.
- C. Пологова пухлина.
- D. Деформація голівки.
- E. Біомеханізм пологів.

Задачі

1. Знайдіть відповідність:

Розмір, яким прорізується голівка:

Вид передлежання:

- | | |
|---------------------------|---|
| 1) малий косий розмір; | а) лицеве передлежання; |
| 2) середній косий розмір; | б) лобове передлежання; |
| 3) прямий розмір; | в) передній вид потиличного передлежання; |
| 4) вертикальний розмір; | г) передньоголове передлежання; |
| 5) великий косий розмір. | г) задній вид потиличного передлежання. |

2. Знайдіть відповідність:

Розміри голівки:

Межі розмірів:

- | | |
|--------------------|--|
| 1) малий косий; | а) від верхівки потилиці до під'язикової ділянки; |
| 2) середній косий; | б) від підпотиличної ямки до межі волосистої частини лоба; |

- 3) великий косий; в) від підпотиличної ямки до переднього кута великого тім'ячка;
- 4) вертикальний; г) від підборіддя до потиличного горба;
- 5) прямий. г) від надперенісся до потиличного горба;
- д) від підпотиличної ямки до малого тім'ячка;
- е) від надперенісся до під'язикової ділянки.

3. Під час обстеження новонародженого виявлено, що окружність малого косоного розміру становить 28 см, прямого — 30 см. Розміри плечового поясу та їх окружність — 11—32 см.

Чи відповідають визначені розміри розмірам доношеного новонародженого?

Еталони відповіді:

1 — D; 2 — E; 3 — B; 4 — A; 5 — D; 6 — B; 7 — B; 8 — E; 9 — C; 10 — A.

Задача 1. 1 в, 2 г, 3 г, 4 а, 5 б.

Задача 2. 1 в, 2 б, 3 г, 4 а, 5 г.

Задача 3. Визначені розміри не відповідають розмірам доношеної дитини.

У нормі: окружність малого косоного розміру — 32 см (9,5 см);
окружність прямого розміру — 34 см (12 см);
розмір плечового поясу — 12,5—35 см.

Розділ 5 АКУШЕРСЬКА ТЕРМІНОЛОГІЯ

Розміщення частин плода

Членорозміщення (*habitus*) — відношення кінцівок і голівки плода до його тулуба. При типовому нормальному членорозміщенні тулуб плода зігнутий, голівка нахилена до грудної клітки, ніжки зігнуті в кульшових і колінних суглобах і притиснуті до живота, ручки схрещені на грудній клітці (кольор. вкл., мал. 46).

Положення плода (*situs*) — відношення поздовжньої осі плода до поздовжньої осі матки. Розрізняють такі положення плода:

1) *поздовжнє (*situs longitudinalis*)* — поздовжня вісь плода і поздовжня вісь матки збігаються (вісь плода — лінія, яка проходить від потилиці до сідниць);

2) *поперечне (*situs transversus*)* — поздовжня вісь плода перетинає поздовжню вісь матки під прямим кутом;

3) *косе (*situs obliquus*)* — поздовжня вісь плода утворює з поздовжньою віссю матки гострий кут. Поздовжнє положення плода є нормальним.

Позиція плода (*positio*) — відношення спинки плода до правого і лівого боків матки.

Розрізняють дві позиції: I і II. При I позиції спинка повернена ліворуч, при II — праворуч.

Перша позиція трапляється частіше за другу, що пояснюється поворотом матки лівим боком допереду.

При поперечному і косому положенні плода позицію визначають за відношенням голівки плода до правого або лівого боку матки (I позиція — голівка біля лівої стінки матки, II — біля правої).

Вид позиції (*visus*) — відношення спинки плода до передньої або задньої стінки матки:

- передній вид — спинка плода обернена дещо допереду;
- задній вид — спинка плода обернена дещо дозаду.

Передлежання плода (*praesentatio*) — відношення найнижче розміщеної великої частини плода до площини входу в малий таз.

Тестові завдання

1. Розміщення сагітального шва відносно лобкового симфізу і мису у вході в малий таз:

- A. Членорозміщення.
- B. Передлежання.
- C. Вставлення.
- D. Положення.
- E. Позиція.

2. У пологовий будинок поступила вагітна у терміні 40 тиж. Під час зовнішнього акушерського обстеження виявлено: над входом у малий таз м'яку, небалотуючу частину. Серцебиття плода вислуховується праворуч вище від пупка. Визначте позицію та передлежання плода:

- A. Тазове передлежання, II позиція.
- B. Поперечне положення, II позиція.
- C. Головне передлежання, II позиція.
- D. Головне передлежання, I позиція.
- E. Тазове передлежання, I позиція.

3. Членорозміщення плода — це:

- A. Відношення кінцівок і голівки плода до його тулуба.
- B. Відношення голівки плода до тулуба.

- C. Взаємовідношення різних частин плода.
- D. Взаємовідношення ніжок і сідниць плода.
- E. Усе перераховане правильно.

4. Відношення спинки плода до передньої чи задньої стінки матки:

- A. Членорозміщення.
- B. Вид.
- C. Передлежання.
- D. Позиція.
- E. Вставлення.

5. Відношення найнижче розміщеної великої частини плода до входу в малий таз:

- A. Членорозміщення.
- B. Положення.
- C. Вид.
- D. Передлежання.
- E. Позиція.

6. Відношення спинки плода до бічних стінок матки:

- A. Членорозміщення.
- B. Вид.
- C. Передлежання.
- D. Позиція.
- E. Вставлення.

7. Відношення вісі плода до вісі матки — це:

- A. Членорозміщення.
- B. Вид.
- C. Передлежання.
- D. Позиція.
- E. Положення.

8. У пологовому будинку роділлі проводять зовнішнє акушерське обстеження. Над входом у малий таз передлегла частина плода не промацується. Яке положення плода:

- A. Поздовжнє.
- B. Тазове.
- C. Поперечне.

- D. Ножне.
E. Колінне?

9. Акушерка під час проведення зовнішнього обстеження першовагітної визначила, що дно матки розміщене посередині між мечоподібним відростком і пупком, у ділянці дна матки пальпується велика частина правильної округлої форми, справа — дрібні частини плода, над входом у малий таз — велика рухома частина. Укажіть термін вагітності та особливості розміщення плода в матці:

A. 32 тиж. вагітності, поздовжнє положення, I позиція, тазове передлежання.

B. 40 тиж. вагітності, поздовжнє положення, II позиція, тазове передлежання.

C. 32 тиж. вагітності, поздовжнє положення, II позиція, головне передлежання.

D. 36 тиж. вагітності, поздовжнє положення, I позиція, головне передлежання.

E. 32 тиж. вагітності, поздовжнє положення, I позиція, головне передлежання.

10. Роділля, 27 років, поступила в акушерську клініку з активною пологовою діяльністю. Під час зовнішнього акушерського дослідження виявлено: положення плода поздовжнє, I позиція, передній вид, головне передлежання. Укажіть найкраще місце вислуховування серцебиття плода:

A. Нижче пупка справа.

B. Вище пупка зліва.

C. Вище пупка справа.

D. Нижче пупка зліва.

E. На рівні пупка.

Задачі

1. Знайдіть відповідність:

*Прийоми Леопольда—
Левицького:*

1) перший прийом;

Мета дослідження:

а) відношення передлеглої частини плода до входу в таз;

2) другий прийом;

3) третій прийом;

4) четвертий прийом.

б) положення, позиція, вид плода;

в) характер передлеглої частини;

г) рівень стояння дна матки і частина плода в дні матки.

2. Знайдіть відповідність:

Поняття:

1) положення плода;

2) позиція плода;

3) вид плода;

4) передлежання плода;

5) членорозміщення плода.

Характеристика:

а) відношення великої частини плода до входу в таз;

б) відношення спинки плода до передньої або задньої стінки матки;

в) відношення спинки плода до правої або лівої стінки матки;

г) відношення кінцівок плода до тулуба;

г) відношення поздовжньої вісі плода до вісі матки.

3. Знайдіть відповідність:

Результати пальпації:

1) голівка плода в дні матки, спинка обернена вліво, допереду;

2) голівка плода зліва, сідниці справа, спинка обернена допереду;

3) голівка плода над входом у таз, спинка обернена допереду, вліво;

4) голівка плода над входом у таз, спинка обернена вправо, дозаду;

Положення, позиція, вид:

а) положення плода поздовжнє, головне передлежання, I позиція, передній вид;

б) положення плода поздовжнє, тазове передлежання, I позиція, передній вид;

в) положення плода поперечне, I позиція, передній вид;

г) положення плода поперечне, II позиція, задній вид;

- 5) голівка плода справа, сид-
ниці зліва, спинка обернена
назад.
- г) положення плода поздов-
жнє, головне передлежання,
II позиція, задній вид.

Еталони відповіді:

1 — C; 2 — A; 3 — A; 4 — B; 5 — D; 6 — D; 7 — E; 8 — C; 9 — A;
10 — D.

Задача 1. 1 г, 2 б, 3 в, 4 а.

Задача 2. 1 г, 2 в, 3 б, 4 а, 5 г.

Задача 3. 1 б, 2 в, 3 а, 4 г, 5 г.

Розділ 6 МЕТОДИ СПЕЦІАЛЬНОГО АКУШЕРСЬКОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Спеціальне акушерське дослідження включає: зовнішнє акушерське, внутрішнє акушерське і додаткові методи дослідження.

Зовнішнє акушерське дослідження

Зовнішнє акушерське дослідження включає огляд, вимірювання, пальпацію та аускультацию (див. кольор. вкл., мал. 13, 15).

Звертають увагу на будову тіла, повноту, розвиток грудних залоз, форму живота, величину живота, висоту стояння дна матки, стан передньої черевної стінки, ромб Міхаеліса (кольор. вкл., мал. 47), проводять вимірювання розмірів таза, пальпацію живота за допомогою чотирьох зовнішніх прийомів Леопольда, аускультацию серцебиття плода.

Аускультация живота

Вислуховування живота у вагітних здійснюють за допомогою акушерського стетоскопа, що дає змогу визначити звуки, які залежать від діяльності організму матері (перистальтика кишок, аортальні шуми, маткові шуми) і плода (серцеві тони, поштовхи кінцівок плода, шум судин пуповини і плаценти). Пульсацію аорти у вагітної найчастіше плутають із серцебиттям плода. Щоб провести диференціальну діагностику, слід одночасно з вислуховуванням серцевих тонів плода (120—160 за 1 хв) під-

рахувати пульс на променевій артерії вагітної (різниця за частотою — у 2 рази). Основне діагностичне значення має серцебиття плода, яке найкраще прослуховується з боку спинки плода при передньому виді потиличного передлежання і з боку грудної клітки при лицевому передлежанні. При багатоплідді серцеві тони вислуховуються з двох протилежних відділів живота вагітної. При передньому виді серцебиття плода прослуховується краще, ніж при задньому; при головних передлежаннях воно прослуховується нижче за пупок (при I позиції — ліворуч, при II — праворуч), а при тазових передлежаннях — вище пупка (при I позиції — ліворуч, при II — праворуч). Приглушеність серцевих тонів, уповільнення (менше ніж 120 за 1 хв), прискорення (частіше ніж 160 за 1 хв) або аритмія вказують на можливу внутрішньоутробну гіпоксію плода і потребують додаткових методів дослідження для уточнення конкретного виду патології.

Акушерський стетоскоп прикладають до живота в місці найкращого вислуховування серцебиття (кольор. вкл., мал. 48).

Внутрішньоутробне серцебиття плода характеризується подвійними ударами з малою паузою. Кількість ударів у разі фізіологічного перебігу вагітності становить 120—140 за 1 хв. Зміну частоти серцебиття плода в бік тахікардії, а потім брадикардії потрібно розцінювати як асфіксію плода.

Під час аускультатції можна вислухати шуми з боку матері: матковий шум, кишкові шуми (перистальтика), які не мають діагностичних прогнозів; шуми з боку плода: шум пуповини, рухливість плода.

Прийоми Леопольда — Левицького

Перший прийом (кольор. вкл., мал. 49).

Мета — визначити висоту стояння дна матки і частини плода, розміщеної в її дні.

Методика дослідження. Долонні поверхні обох рук розташовують на матці так, щоб вони щільно охоплювали її дно з прилеглими ділянками кутів матки, а пальці були обернені нігтьовими фалангами один до одного. Зазвичай відрізнити їх від голівки неважко за менш вираженою округлістю і сферичністю, меншою щільністю.

Другий прийом (кольор. вкл., мал. 50).

Мета — визначити позицію плода, про яку судять за місцем розміщення спинки і дрібних частин плода (ручок, ніжок), положення, вид позиції.

Методика дослідження. Руки спускають з дна матки на праву і ліву її сторони до рівня пупка і нижче. Обережно натискаючи долонями і пальцями обох рук на бічні стінки матки, визначають, у який бік обернені спинка і дрібні частини плода. Спинка розпізнається за її широкою і зігнутою поверхнею. При натисканні на велику частину, розміщену в дні матки, у бік лобка тулуб плода згинається, унаслідок чого спинка стає доступнішою для дослідження. Дрібні частини плода визначаються з протилежного боку у вигляді дрібних, рухливих виступів. У жінок, які багато народжували, унаслідок в'язлості м'язів передньої черевної стінки і м'язів матки дрібні частини плода промацуються легше, інколи їхній рух видно візуально.

Третій прийом (кольор. вкл., мал. 51).

Мета — визначити характер передлеглої частини та її відношення до малого таза.

Методика дослідження. Однією, зазвичай правою, рукою охоплюють передлеглу частину, після чого обережно проводять рух цієї рукою вправо і вліво. Цей прийом дає змогу визначити характер передлеглої частини (голівка або сідниці), відношення передлеглої частини до входу в малий таз (якщо вона рухома, то розміщується над входом у таз, якщо нерухома — то у вході в таз або в глибших відділах малого таза).

Четвертий прийом (кольор. вкл., мал. 52).

Мета — визначити передлеглу частину (голівка або сідниці), відношення передлеглої частини до площини входу в малий таз, положення передлеглої голівки (зігнуте або розігнуте).

Методика дослідження. Стають лицем до ніг вагітної (роділі) і кладуть руки по обидві сторони нижнього відділу матки. Пальцями обох рук, поверненими до входу в таз, обережно і повільно проникають між передлеглою частиною і бічними відділами входу в таз і пальцують доступні ділянки передлеглої частини.

Якщо передлегла частина рухома над входом у таз, пальці обох рук майже цілком можуть бути підведені під неї, особливо у жінок, які багато народжували. Визначається також наявність або відсутність симптому балотування, характерного для голів-

ки. Для цього долоні обох рук щільно притискають долонними поверхнями до бічних відділів голівки; потім правою рукою проводять поштовх у ділянці правої половини голівки. Голівка відштовхується вліво і передає поштовх протилежній — лівій руці (просте балотування). Після цього, швидко повертаючись у початкове положення, голівка передає інколи поштовх правій руці (подвійне балотування).

При головному передлежанні потрібно прагнути отримати уявлення про розміри голівки і щільність кісток черепа, про положення потилиці, лоба і підборіддя, а також про їх відношення одне до одного (характер передлежання).

Внутрішнє акушерське дослідження

Спочатку проводять огляд за допомогою дзеркал.

Вагінальне дослідження обов'язково проводять у таких випадках:

- перше — під час поступлення вагітної в стаціонар;
- друге — після вилиття навколоплідних вод або на початку пологової діяльності;
- третє — при зміні акушерської ситуації;
- четверте — на початку II періоду пологів;
- п'яте — після видалення дитячого місця (плаценти).

Внутрішнє акушерське дослідження дає інформацію про стан статевих шляхів на початку пологів, наявність екзостозів, кісткових пухлин, деформації малого таза, динаміку розкриття шийки матки, наявність плодового міхура, механізм вставлення і проходження пологовим каналом передлеглої частини плода, травматичні ушкодження шийки матки, піхви або промежини.

Перед вагінальним дослідженням потрібно спорожнити сечовий міхур і пряму кишку. Жінці пропонують лягти в крісло або на ліжко із зігнутими кульшовими і колінними суглобами і розведеними стегнами. Акушер миє і дезінфікує руки, одягає стерильні рукавички, миє і дезінфікує зовнішні статеві органи роділлі (кольор. вкл., мал. 53).

Методика дослідження (кольор. вкл., мал. 54): великим і вказівним пальцями лівої руки розводять соромітні губи, оглядають залишки дівочої перетинки, соромітну щілину, клітор, зов-

нішне вічко сечівника, стан великих присінкових (бартолінових) залоз, вхід у піхву, стан сечостатевої діафрагми. У соромітну щілину спочатку вводять середній палець правої руки, натискають на промежину і вводять вказівний палець цієї ж самої руки, визначають стан м'яза — підіймача відхідника, наявність м'язових рефлексів; просують обидва пальці в піхву, визначають її ширину, розтяжність, складчастість, стан сечівника, сечового міхура, стан і болючість склепінь і шийки матки.

Визначають форму тіла матки, термін вагітності; стан шийки матки, розкриття зовнішнього і внутрішнього вічок, розташування шийки відносно симфізу і крижів, готовність шийки матки до пологів.

Чотири ступені зрілості шийки матки за Г.Г. Хечинашвілі (1973):

- незріла — шийка матки розміщена вище міжспінальної лінії і відхиляється в бік від провідної осі таза;
- дозріваюча;
- не повністю дозріла;
- зріла, коли шийка матки опускається донизу, перешийок розміщений на рівні міжспінальної лінії по провідній вісі таза.

При цьому враховують консистенцію шийки матки, довжину піхвової частини, ступінь прохідності каналу шийки матки та його форму, особливості ділянки перешийка нижнього сегмента матки, розташування шийки матки в порожнині малого таза.

Слід зазначити, що механізм розкриття шийки матки в жінок, які народжують уперше і повторно різний.

Так, у жінок, які народжують уперше, спочатку розкривається перешийок матки, вкорочується та згладжується шийка матки, а потім розкривається зовнішній матковий зів.

У жінок, які народжують повторно, згладжування та розкриття каналу шийки матки відбуваються одночасно, оскільки в них у період пологів канал шийки матки відкритий на 2—3 см унаслідок його розтягнення під час попередніх пологів. Розкриття шийки матки на 10 см вважається повним, що забезпечує вставлення голівки плода у вхід у малий таз.

У разі фізіологічного перебігу пологів розкриття шийки матки й опускання голівки плода по пологовому каналу характеризуються швидкістю опускання голівки: у жінки, яка народжує вперше становить 1 см за 1 год, у жінки, яка народжує повторно — 2 см за 1 год.

Тривалість стояння голівки плода в площині входу в малий таз не має перевищувати 5—6 год, оскільки стискання м'яких тканин зумовлює розвиток вираженої ішемії та некроз.

Визначають стан плодового міхура (цілий, розірваний частково або повністю, високий надрив, води вилилися чи ні), передлеглу частину, відношення її нижнього полюса до лобкового симфізу і мису.

У кінці першого періоду пологів при фізіологічному перебігу відбувається відходження навколоплідних вод.

Відходження навколоплідних вод до початку пологової діяльності називають **передчасним**.

Відходження навколоплідних вод до 6 см розкриття шийки матки є **раннім**.

Відходження навколоплідних вод у період зганняння плода називається **запізнілим**.

Амніотомія плодового міхура, яку проводять після 6 см розкриття маткового зіву в перший період пологів може скоротити тривалість цього періоду на 1—2 год.

Тривалість першого періоду пологів у жінок, які вперше народжують, триває 10—12 год, які повторно — 6—8 год.

Визначають висоту лобкового симфізу, термінальну лінію, мис, крижі та їх заглиблення (вільне, заповнене), випинання в порожнину таза сідничних горбів і виступів, наявність екзостозів, кісткових пухлин.

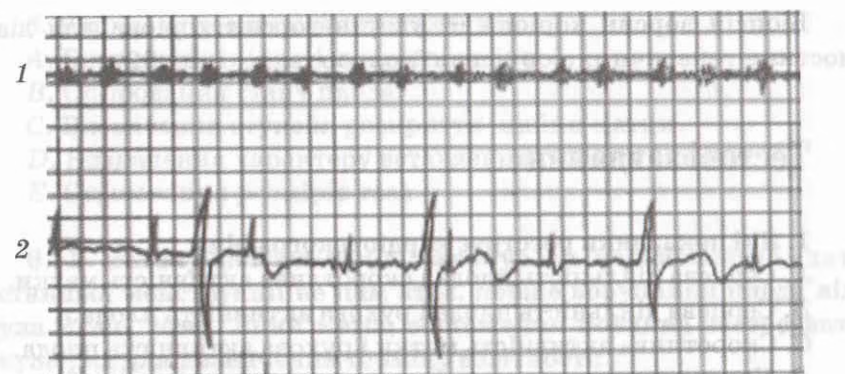
Обережно дають характеристику крижово-куприковому суглобу: нерухомий, рухомий. За відсутності плодового міхура можна визначити консистенцію кісток черепа, швів, тім'ячок, яким сегментом голівка вставилася в малий таз.

У разі виявлення будь-яких патологічних змін у піхві або шийці матки після виділення плаценти проводять огляд за допомогою дзеркал і підйомників (кольор. вкл., мал. 55).

Додаткові методи дослідження

УЗД — ультразвуковий метод діагностики, що базується на відображенні зворотної хвилі відеосигналу (кольор. вкл., мал. 56). Широко застосовують як в акушерстві, так і в гінекології.

Кардіотокогістерографія — дає змогу одночасно реєструвати серцебиття плода і скоротливу активність матки (мал. 57).



Мал. 57. Оцінювання серцевої діяльності плода:
1 — фонокардіотокограма плода; 2 — електрокардіограма матері

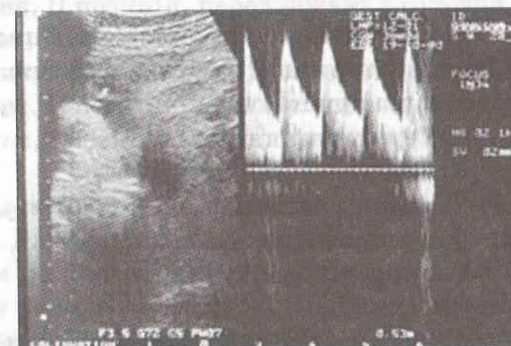
Ультрасонографія — дає змогу визначити серцеві скорочення, починаючи з 7 тиж. вагітності, рухи тіла — з 8 тиж., кінцівок — з 9 тиж., реєструвати збільшення розмірів плода, локалізацію, розміри і зрілість плаценти, діагностувати аномалії розвитку плаценти і плода, ідентифікувати багатоплідну вагітність, аномалії розвитку і пухлини матки, полігідрамніон, олігогідрамніон, сторонні тіла (внутрішньоматкову спіраль) у матці.

Допплерометрія — визначення функціонального стану плаценти та кровообігу у фетоплацентарному руслі (мал. 58).

Амніоскопія — огляд навколоплідних вод через канал шийки матки (кольор. вкл., мал. 59).

Кордоцентез — пункція судин пупкового каналу та аналіз крові при порушенні обміну речовин і спадкових хворобах (кольор. вкл., мал. 60).

Амніоцентез — аспірація навколоплідних вод за допомогою пункції (трансабдомінальний і транспіхвовий; кольор. вкл., мал. 61).



Мал. 58. Ультразвукова доплерометрія в артеріях пуповини

Біопсія ворсин хоріона — узяття ворсин хоріона для діагностики генетичних порушень (кольор. вкл., мал. 62).

Тестові завдання

1. Які показники реєструє кардіотокографія:

- A. Серцева діяльність плода і скоротлива активність матки.
- B. Серцева діяльність плода і рухова активність плода.
- C. Скоротлива активність матки і рухова активність плода.
- D. Усе перераховане.
- E. Нічого з перерахованого.

2. Які методи діагностики застосовують в акушерській практиці:

- A. Анамнез.
- B. Пальпацію і аускультацию.
- C. Внутрішнє вагінальне дослідження.
- D. Вимірювання розмірів таза матері і розмірів плода.
- E. Усе перераховане?

3. Для визначення положення плода направлено пацієнтку, 32 років, з терміном вагітності 28 тиж. Який із методів дослідження слід використати:

- A. Термографічний.
- B. Рентгеноскопічний.
- C. Радіонуклідний.
- D. Ультразвуковий.
- E. Рентгенографічний?

4. Вагітна, 25 років, звернулася в жіночу консультацію для взяття на облік. При вимірюванні зовнішніх розмірів таза отримали дані: 26—28—31—20. Який таз у жінки:

- A. Нормальний.
- B. Простий плоский.
- C. Плоскоракитичний.
- D. Поперечно-звужений.
- E. Загальнорівномірнозвужений?

5. У піхвове дослідження не входить:

- A. Визначення цілості плодового міхура.
- B. Оцінювання стану плода.
- C. Визначення ступеня розкриття шийки матки.
- D. Визначення характеру вставлення голівки плода.
- E. Оцінювання розмірів таза.

6. У жіночу консультацію звернулася першовагітна, дату останньої менструації не пам'ятає, перше ворухіння плода відчула 2 міс. тому. Який метод обстеження повинна застосувати акушерка для визначення терміну вагітності:

- A. Прийоми Леопольда — Левицького.
- B. Дослідження сечі на наявність хоріонічного гонадотропіну.
- C. Вимірювання окружності живота.
- D. Бімануальне обстеження.
- E. Огляд шийки матки за допомогою дзеркал?

7. При зовнішньому акушерському дослідженні вагітної проведено вислуховування серцебиття плода: ритмічне, 130 за 1 хв, вислуховується справа біля пупка. Визначте розміщення плода в порожнині матки:

- A. Положення поздовжнє, II позиція, передлежання головне.
- B. Положення поперечне, II позиція.
- C. Положення поздовжнє, I позиція, передлежання головне.
- D. Положення поздовжнє, II позиція, передлежання сідничне.
- E. Положення поздовжнє, I позиція, передлежання сідничне.

8. Вагітна звернулася в жіночу консультацію для взяття на облік з приводу вагітності. Для визначення одного з розмірів таза їй запропонували лягти на бік, спиною до акушерки, нижню ногу зігнути в кульшовому та колінному суглобах, а верхню випрямити. Про вимірювання якого розміру йдеться:

- A. Акушерської кон'югати.
- B. Діагональної кон'югати.
- C. Зовнішньої кон'югати.
- D. Міжгребеневої відстані.
- E. Міжостьової відстані?

9. Роділья, 27 років, поступила в акушерську клініку з активною пологовою діяльністю. Під час зовнішнього акушерського

дослідження виявлено: положення плода повздовжнє, І позиція, передній вид, головне передлежання. Укажіть найкраще місце вислуховування серцебиття плода:

- A. Нижче пупка зліва.
- B. Вище пупка зліва.
- C. Нижче пупка справа.
- D. Нижче пупка зліва.
- E. На рівні пупка.

10. Що визначають за допомогою другого прийому Леопольда:

- A. Передлежання частин плода до входу в малий таз.
- B. Положення і позицію плода.
- C. Висоту стояння дна матки і частину плода, яка промацується в дні матці.
- D. Розміри матки.
- E. Висоту стояння передлеглої частини плода до входу в малий таз?

Задачі

1. Встановіть послідовність дій:

Програма гінекологічного обстеження:

- 1) оцінювання кісток таза;
- 2) бімануальне дослідження;
- 3) огляд зовнішніх статевих органів;
- 4) огляд за допомогою дзеркал.

2. Встановіть послідовність:

Зовнішнє акушерське дослідження:

- 1) визначення передлеглої частини плода;
- 2) визначення положення, позиції і виду плода;
- 3) вимірювання окружності живота і висоти стояння дна матки;
- 4) вислуховування серцебиття плода;
- 5) визначення рівня стояння передлеглої частини плода;
- 6) піхвове дослідження.

3. Знайдіть відповідність:

Положення, позиція:

Точка найкращого вислуховування серцебиття плода:

- | | |
|---|---|
| 1) головне передлежання, І позиція, передній вид; | а) справа вище пупка на бічній поверхні матки; |
| 2) тазове передлежання, ІІ позиція, задній вид; | б) зліва вище пупка; |
| 3) головне передлежання, ІІ позиція, задній вид; | в) зліва на рівні пупка; |
| 4) поперечне положення, І позиція; | г) зліва нижче пупка; |
| 5) тазове передлежання, І позиція, передній вид. | г) справа нижче пупка на бічній поверхні матки; |
| | д) зліва нижче пупка на бічній поверхні матки; |
| | е) справа нижче пупка. |

Еталони відповіді:

1 — А, 2 — Е, 3 — D, 4 — А, 5 — В, 6 — А, 7 — D, 8 — С, 9 — А, 10 — В.

Задача 1. 3, 4, 2, 1.

Задача 2. 3, 2, 1, 5, 4, 6.

Задача 3. 1 г, 2 а, 3 г, 4 в, 5 б.

Розділ 7

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ

Біомеханізм пологів — це комплекс поступальних, обертальних, згинальних і розгинальних рухів, які робить плід, проходячи пологовыми шляхами. Біомеханізм пологів складається з моментів.

Знаючи досконало біомеханізм пологів, можна завчасно діагностувати та надати раціональну акушерську допомогу залежно від відношення передлеглої частини до різних площин малого таза.

Основною зганяльною пологовою силою в перший період пологів є перейми.

Перейми — мимовільні ритмічні скорочення матки. Перейми характеризуються тривалістю, частотою, силою, паузами між переймами і болючістю. На початку пологів перейми продовжуються 5—10 с, досягаючи 60 с і більше до кінця пологів. Паузи між переймами на початку пологів — 15—20 хв, наприкінці їх проміжок поступово скорочується до 2—3 хв.

Тонус і силу скорочення матки визначають пальпаторно: руку кладуть на дно матки і за секундоміром визначають час від початку одного до початку іншого скорочення матки (перейми).

Сучасні методи реєстрації пологової діяльності (гістерограф, монітор) дають можливість отримати точнішу інформацію про інтенсивність скорочень матки.

Проміжок від початку однієї перейми до початку іншої називають **матковим циклом**. Розрізняють 3 фази його розвитку:

- початок і наростання скорочення м'язів матки;
- максимальний тонус міометрія;
- розслаблення м'язового скорочення.

Скорочення м'язів матки починається в ділянці одного з трубних кутів, де закладений "пейсмейкер" (водій ритму м'язової активності міометрія у вигляді гангліїв вегетативної нервової системи), і звідти поступово поширюється вниз до нижнього сегмента матки (перший градієнт); при цьому зменшуються сила і тривалість скорочення (другий і третій градієнти). Найсильніші і триваліші скорочення матки спостерігають на дні матки (домінанта дна).

Взаємозв'язок скорочень м'язів тіла матки у верхніх і нижніх її відділах (реципрокність): скорочення тіла матки сприяє розтягуванню нижнього сегмента і збільшенню ступеня розкриття шийки матки. У фізіологічних умовах права і ліва половини матки під час переймів скорочуються одночасно і координовано — координованість скорочень по горизонталі. Потрійний низхідний градієнт, домінують дна матки і реципрокність називають координованістю скорочень.

Фази пологів

За **Е. Fridman (1982)**, розрізняють такі фази в динаміці першого і другого періодів пологів: три фази у першому і дві фази у другому періоді пологів.

Фази першого періоду пологів:

Перша фаза — латентна, починається з моменту початку перших регулярних переймів і закінчується згладжуванням шийки матки і розкриттям маткового зів'язу до 4 см. Тривалість латентної фази в середньому в жінок, які народжують уперше — 6,5 год, які повторно — 5 год.

Друга фаза — активна, характеризується інтенсивною пологовою діяльністю, розкриттям шийки матки з 4 до 8 см, відходженням навколоплідних вод.

Третя фаза — сповільнення, починається після розкриття шийки матки на 8 см і більше і триває в середньому 1—2 год.

Фази другого періоду пологів:

Четверта фаза характеризується проходженням голівки плода через широкую і вузьку площини малого таза.

П'ята фаза — період опускання голівки плода на тазове дно.

Зміни у м'язах матки, що відбуваються при переймах

Під час переймів у м'язовій стінці матки відбуваються одночасно скорочення кожного м'язового волокна і кожного м'язового пласта — *контракція*, зсування м'язових волокон і пластів відносно одне до одного — *ретракція*. Під час паузи контракція усувається повністю, а ретракція — частково. У результаті контракції і ретракції міометрія відбувається зсування м'язів із перехідом в тіло матки (*дистракція* — розтягування), формування і стоншення нижнього сегмента матки, згладжування шийки матки, розкриття каналу шийки матки, щільне облягання плода стінками матки і зганяння плода.

Потуги. Як уже зазначалося, перейми — це скорочення м'язів матки. При потугах до скорочення м'язів матки приєднуються пошмуговані м'язи передньої черевної стінки, тазового дна тощо. На відміну від переймів потугами жінка може керувати. Тривалість потуг — від 10 до 50 с.

Механізм пологів починається зі вставлення передлеглої частини у вхід в малий таз. При активній пологовій діяльності починається закономірний процес просування плода — *біомеханізм пологів*.

Нормальний біомеханізм пологів — біомеханізм при згинальних вставленнях голівки плода в передньому або задньому виді. Проміжне положення між нормою і патологією займають пологи при тазових (ножних, колінних і сідничних) передлежаннях.

Зовнішні прийоми спостереження за просуванням голівки плода

До таких прийомів спостереження за просуванням голівки плода із широкої частини порожнини малого таза належать методи Піскачека, Гентера, спосіб Шварценбаха та ін.

Метод Піскачека дає уявлення про динаміку просування голівки плода із широкої частини малого таза (кольор. вкл., мал. 63).

Техніка виконання: кінчиками вказівного та середнього пальців правої руки натискають на бічний край середньої частини великої соромітної губи, не входячи в отвір піхви, углиб паралельно піхвовій трубі до голівки плода. Пальці досягають голівки в порожнині малого таза і на його дні.

Малого сегмента голівки за допомогою цього прийому дістати неможливо.

Метод Гентера застосовують для визначення голівки плода у вузькій площині малого таза або тазового дна (кольор. вкл., мал. 64).

Техніка виконання: витягнуті пальці правої руки розміщують циркулярно навколо відхідника, при цьому I палець упирається в промежину, а IV і V розміщуються між відхідником і куприком. Під час паузи між переймами повільно слід натиснути всередину, назустріч голівці плода.

Шви і тім'ячка голівки плода (кольор. вкл., мал. 65)

Стрілоподібний шов (*sutura sagitalis*) розміщений між тім'яними кістками. Спереду він переходить у велике тім'ячко, ззаду — у мале. **Лобовий шов** (*sutura frontalis*) розміщений між лобовими кістками. **Лямбдоподібний** (*sutura lambdaidea*) — між тім'яними і потиличною кісткою. **Вінцевий** (*sutura coronalis*) — між лобовими і тім'яними кістками. В акушерській практиці діагностичне значення мають велике і мале тім'ячко. **Велике переднє тім'ячко** (*fonticulus magnus, s. anterior*) має ромбоподібну форму. **Мале заднє тім'ячко** (*fonticulus parvus, s. posterior*) трикутної форми.

Розміри та окружність голівки зрілого плода:

1. Прямий розмір (*diameter frontooccipitalis*) дорівнює 12 см — від перенісся (*glabella*) до потиличного горба. Окружність (*circumferentia frontooccipitalis*) — 34—35 см.

2. Великий косий розмір (*diameter mentooccipitalis*) становить 13,5 см — від підборіддя до найвіддаленішої точки потилиці. Окружність (*circumferentia mentooccipitalis*) — 39—41 см.

3. Малий косий розмір (*diameter suboccipito bregmatica*) становить 9,5 см — від підпотиличної ямки до переднього кута великого тім'ячка. Окружність (*circumferentia suboccipito bregmatica*) — 32 см.

4. Середній косий розмір (*diameter suboccipito frontalis*) дорівнює 10 см — від підпотиличної ямки до межі волосяної частини лоба. Окружність (*circumferentia suboccipito frontalis*) — 33 см.

5. Великий поперечний розмір (*diameter biparietalis s. transversa major*) становить 9,5 см — це відстань між найвіддаленішими точками тім'яних горбів.

Ознаки відокремлення плаценти

Ознака Шредера констатує зміну форми і висоти стояння дна матки (кольор. вкл., мал. 66). Після повного відокремлення плаценти від стінок матки дно її підіймається вгору приблизно на 10—12 см вище пупка і відхиляється від середньої лінії вправо.

Ознака Альфельда — подовження зовнішнього відрізка пупкового канатика від рівня соромітної щілини породіллі (кольор. вкл., мал. 67).

Ознака Мікуліча — Радецького — позив до потути за наявності посліду в піхві.

Ознака Клейна — після штучних потуг зовнішній (поза вульварним кільцем) відрізок пупкового канатика назад не втягується (кольор. вкл., мал. 68.)

Ознака Кюстнера — Чукалова — під час натискання ребром руки на матку над лобковою дугою пупковий канатик не втягується (кольор. вкл., мал. 69, 70).

Ознака Довженка — під час глибокого вдиху і видиху пупковий канатик не втягується.

Ознака Штрассмана — постукування по дну матки хвилеподібно передається на пупковий канатик при невідокремленій плаценті (кольор. вкл., мал. 71).

Ознака Гогенбіхлера — пупковий канатик легко повертається навколо своєї осі внаслідок переповнення кров'ю пупкової вени.

Методи виділення посліду

Найпростіший метод виділення посліду, якщо плацента відокремилася, полягає в тому, щоб **запропонувати породіллі добре потужитися!!!**

Метод «долонь» (кольор. вкл., мал. 72). Якщо попередній прийом неефективний, потрібно обидві долоні (*palma manus*) покласти горизонтально на передню черевну стінку нижче пупка й утримувати їх у такому положенні без натискання, запропонувати породіллі добре потужитися. Унаслідок цього підвищується внутрішньочеревний тиск, посилюється здатність прямих м'язів живота до скорочень, що сприяє виділенню посліду.

Метод Абуладзе (кольор. вкл., мал. 73). Техніка виконання: слід спорозжити сечовий міхур, захопити обома руками передню

черевну стінку в поздовжню складку й утримувати її під час потути.

Спосіб Креде — Лазаревича у сучасній практиці не застосовують (кольор. вкл., мал. 74).

Народження посліду може відбуватися за варіантом Шультце та Дункана, також застосовують метод Гентера (кольор. вкл., мал. 75—77).

Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання

Перший момент — згинання голівки та опускання її в площину входу в малий таз (кольор. вкл., мал. 78).

Голівка вставляється в площину входу в малий таз по окружності малого косоного розміру (діаметр — 9,5 см, окружність — 32 см), стріловий шов установлюється в одному з косих розмірів площини входу в малий таз, протилежній позиції плода. Провідна точка — мале тім'ячко.

Поступальні рухи голівки тривають безперервно, аж до народження дитини. Протягом цього моменту голівка конфігурується.

Другий момент — внутрішній поворот голівки (кольор. вкл., мал. 79).

Він здійснюється при переході її з широкої у вузьку частину малого таза. Голівка поволі повертається навколо своєї осі так, що потилиця спрямована до симфізу, а обличчя — до крижової кістки. При цьому стріловий шов поступово змінює своє положення, переходячи у прямий розмір виходу таза.

При I позиції стріловий шов проходить через правий косий розмір, при II — через лівий косий розмір таза.

Внутрішній поворот голівки плода є наслідком пристосування найменших її розмірів до найбільших розмірів таза, а також результатом опору поступальному рухові голівки з боку м'язового апарату таза.

Третій момент — розгинання голівки в площині виходу.

Стріловий шов збігається з прямим розміром виходу з таза. Точка фіксації утворюється між серединою нижнього краю лобкового симфізу і підпотиличною ямкою. Навколо цієї точки здійснюється розгинання голівки, а клінічно це супроводжується

врізуванням, прорізуванням і народженням лоба, обличчя, підборіддя (кольор. вкл., мал. 80—82).

Під час врізування та прорізування голівки тулуб просувається до малого таза, причому поперечний розмір плечиків вступає в один з косих розмірів площини входу до малого таза (кольор. вкл., мал. 83). При I позиції плечики займають лівий косий розмір площини входу, при II — правий косий розмір площини входу в малий таз.

На тазовому дні плечики роблять внутрішній поворот, подібно до повороту голівки плода. Закінчивши поворот, плечики встановлюються прямим розміром у прямому розмірі площини виходу таза. Цей поворот плечиків передається голівці, яка народилася, що відповідає четвертому моменту біомеханізму пологів.

Четвертий момент — *внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки* (кольор. вкл., мал. 84).

Голівка повертається обличчям до стегна матері, протилежного позиції плода: при I позиції — до правого, при II — до лівого. При цьому біакроміальний розмір плечиків збігається з прямим розміром виходу з малого таза.

Плечики народжуються таким чином: переднє плечико просувається під лобкову дугу і фіксується, утворивши точку фіксації — верхньою третиною (місце прикріплення дельтоподібного м'яза до плечової кістки) до нижнього краю симфізу.

Навколо точки фіксації відбувається згинання тулуба, і першим народжується заднє плечико, далі — задня ручка, а потім — переднє плечико (кольор. вкл., мал. 85, 86). Після народження плечового пояса в силу тяжіння відбувається зганання інших частин плода, народження яких не має спеціального біомеханізму, оскільки їх розміри значно менші за голівку і плечики.

Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання

Перший момент — *згинання і опускання голівки плода.*

Голівка вставляється в площину входу в малий таз по окружності середнього косоного розміру (діаметр — 10 см і окружність —

33 см). Стріловий шов встановлюється в одному з косих розмірів площини входу в малий таз — однойменному з позицією плода.

Провідна точка — середина між великим і малим тім'ячком.

Другий момент — *внутрішній поворот голівки плода* (кольор. вкл., мал. 87).

Потилиця обертається дозад, лицем допереду до встановлення стрілового шва у прямому розмірі виходу з малого таза. Слідом за потилицею повертається назад спинка плода. Таким чином, мале тім'ячко спрямоване в бік крижів, а велике — до симфізу. Стріловий шов через однойменний з позицією косий розмір переходить у прямий розмір виходу з таза.

Третій момент:

а) додаткове згинання голівки за рахунок фіксації волосистої частини лоба до нижнього краю лобка (кольор. вкл., мал. 88). Голівка згинається доти, доки підпотилична ямка не зафіксується біля верхівки куприка;

б) розгинання голівки за рахунок фіксації підпотиличної ямки біля верхівки куприка і народження голівки лицем угору (кольор. вкл., мал. 89).

Таким чином, голівка народжується лицем з-під симфізу, вона прорізується трохи більшою окружністю, ніж окружність малого косоного розміру.

Четвертий момент — *внутрішній поворот тулуба і зовнішній поворот голівки* лицем до стегна матері, протилежного позиції плода. При цьому біакроміальний розмір плечиків збігається з прямим розміром виходу з малого таза.

Плечики народжуються таким чином: верхня третина переднього плечика фіксується до нижнього краю лобкового симфізу, тулуб згинається в шийно-грудному відділі хребта, народжується заднє, потім переднє плечико і в силу тяжіння — весь плід.

Конфігурація голівки при задньому виді потиличного передлежання доліхоцефалічна (кольор. вкл., мал. 90).

Ручна допомога при головному передлежанні

Ручна допомога при головному передлежанні спрямована на захист промежини. Вона складається з декількох моментів, що здійснюються в певній послідовності.

Перший момент — *перешкоджання передчасному розгинанню голівки* (кольор. вкл., мал. 91).

Голівка, прорізуючись через соромітну щілину, має пройти найменшою своєю окружністю (32 см), проведеною через малий косий розмір (9,5 см) в стані згинання.

Техніка виконання. Стають праворуч від роділлі, кладуть долоню лівої руки на лобок, а долоні поверхні чотирьох пальців розташовують на голівці, закриваючи всю її поверхню, що показується із соромітної щілини. Легким натисканням затримують розгинання голівки і запобігають швидкому її просуванню по пологовому каналу.

Другий момент — *зменшення напруження промежини* (кольор. вкл., мал. 92).

Для цього праву руку кладуть на промежину так, щоб чотири пальці щільно були притиснуті до бічної поверхні тазового дна зліва в ділянці великої соромітної губи, а великий палець — до бічної поверхні справа. М'які тканини обережно всіма пальцями натягують і зводять у напрямку до промежини, зменшуючи цим напруження промежини. Долонею цієї ж самої руки підтримують промежину, притискаючи її до голівки, що прорізується. Надлишок м'яких тканин зменшує напруження промежини, відновлює кровообіг і запобігає розриву.

Третій момент — *виведення голівки із соромітної щілини поза потугами* (кольор. вкл., мал. 93).

Техніка виконання. Після закінчення потуги великим і вказівним пальцями правої руки обережно розтягують вульварне кільце над голівкою, що прорізується. Голівка поступово виводиться із соромітної щілини. Коли починається наступна потуга, припиняють розтягання вульварного кільця і знов перешкоджають розгинанню голівки. Так повторюють доти, доки голівка не підійде тим'яними горбами до соромітної щілини. У цей період різко розтягується промежина, виникає небезпека її розриву.

Четвертий момент — *регулювання потуг.*

Техніка виконання. Найбільше розтягування і загроза розриву промежини виникають, коли голівка в соромітній щілині розміщена тим'яними горбами. У цей самий момент голівка зазнає максимального стиснення, що створює загрозу внутрішньочерепної травми. Для запобігання травматизму матері і плода необхідне регулювання потуг, тобто виключення і ослаблення їх

або, навпаки, подовження і посилення. Це здійснюють таким чином: коли голівка плода вставилася тим'яними горбами в соромітній щілині, а підпотилична ямка — під лобковим симфізом, при виникненні потуги роділлю примушують глибоко дихати, щоб зменшити силу потуги, оскільки під час глибокого дихання потуги неможливі. У цей час обома руками затримують просування голівки, поки перейма не закінчиться. Поза потугою правою рукою здавлюють промежину над личком плода так, що вона зісковзує з личка, лівою рукою повільно підводять голівку вгору і розгинають її. Жінці пропонують потужитися, щоб народження голівки відбувалося при малій силі напруження.

П'ятий момент — *звільнення плечового пояса і народження тулуба плода* (кольор. вкл., мал. 94).

Техніка виконання. Після народження голівки роділля повинна потужитися. При цьому відбувається зовнішній поворот голівки, внутрішній поворот плечиків (при I позиції голівка обличчям повертається у бік, протилежний позиції, — до правого стегна матері, при II — до лівого стегна). Плечики прорізуються самостійно. Якщо цього не відбувається, то голівку захоплюють долонями в ділянці правої і лівої скроневих кісток і щічок, легко й обережно зволікають її донизу і назад, поки під лобковий симфіз не підійде переднє плечико. Потім лівою рукою, долоня якої розташована на нижній щопі, захоплюють голівку і підводять її вгору, а правою рукою обережно виводять заднє плечико, зсуваючи з нього тканини промежини. Плечовий пояс народився. Акушерка вводить вказівні пальці рук з боку спинки плода в пахвові ямки, і тулуб підводять наперед (вгору, на живіт матері). Дитя народилося.

Залежно від стану промежини і розмірів голівки плода не завжди вдається зберегти промежину, і відбувається її розрив.

Показання до розрізу промежини

- **Загрозливий розрив промежини** (спостерігається при великому плоді, високій промежині, ригідності — поганій розтяжності тканин промежини тощо). Найчастіше розрив починається із задньої спайки, а потім переходить на промежину і стінки піхви. Розрив починається не раптово — йому передують зміни зовнішнього вигляду промежини.

До ознак, що свідчать про загрозливий розрив промежини, належать характерне випинання промежини, синюшність, набряк, а потім блідість шкіри. Якщо помічають ознаки загрозли-

вого розриву, то проводять її розріз (кольор. вкл., мал. 95, 96). Краї різаної рани гояться після накладення швів краще, ніж нерівні краї рваної рани.

- **Передчасні пологи** — щоб уникнути тиску тканин промежини на м'які кістки черепа недоношеної дитини.
- **Розгинальні передлежання голівки плода.**
- **Необхідність скорочення періоду зганняння** через стан роділі (підвищений артеріальний тиск, вроджені і набуті вади серця, міопія тощо).
- **Першороділля віком понад 30 років.**
- **Внутрішньоутробна гіпоксія плода** (розріз допомагає зменшити тиск з боку промежини на голівку дитини і прискорити процес народження).
- **Оперативні пологи** (за необхідності накладення щипців, вакуум-екстрактора).
- **Тазове передлежання плода** — щоб уникнути утруднень народження голівки, розмір якої перевершує розмір сідниць, що вже народилися.

Загалом для розширення вульварного кільця хірургічним шляхом використовують два види втручань, а саме: епізіотомію та перинеотомію. Оперативне розширення соромітної щілини на 2 см збільшує вульварне кільце на 5—6 см.

Перинеотомія — серединний розріз промежини. Розрізають шкіру та поверхневі м'язи промежини.

Епізіотомія — виконують розріз ножицями завглибшки не більше 2 см з одного або з двох боків на 2—3 см вище від вуздечки. Пересікають шкіру і частину волокон констриктора піхви.

Тестові завдання

- 1. Біомеханізм пологів — це:**
- A. Сукупність поступальних і обертальних рухів при проходженні плода по пологовому каналу.
 - B. Поступальні рухи плода.
 - C. Оберткові рухи при проходженні плода по пологовому каналу.
 - D. Опускання голівки плода в площину малого таза.
 - E. Усе перераховане правильно.

2. Мале тім'ячко є провідною точкою при:

- A. Передньому виді потиличного передлежання.
- B. Задньому виді потиличного передлежання.
- C. Лобовому передлежанні.
- D. Предньотім'яному передлежанні.
- E. Усе перераховане правильно.

3. Провідною точкою при передньому виді потиличного передлежання є:

- A. Лобові горби.
- B. Середина між малим і великим тім'ячком.
- C. Мале тім'ячко.
- D. Під'язикова кістка.
- E. Перенісся.

4. Провідною точкою при задньому виді потиличного передлежання є:

- A. Лобові горби.
- B. Середина між малим і великим тім'ячком.
- C. Мале тім'ячко.
- D. Під'язикова кістка.
- E. Перенісся.

5. Де розміщена пологова пухлина на голівці плода при задньому виді потиличного передлежання:

- A. У ділянці малого тім'ячка.
- B. У ділянці великого тім'ячка.
- C. Посередині між великим і малим тім'ячком.
- D. У підпотиличній ямці.
- E. На обличчі плода.

6. Скільки точок фіксації на голівці плода при передньому виді потиличного передлежання:

- A. 2.
- B. 3.
- C. 4.
- D. 1.
- E. 5?

7. Точка фіксації голівки при передньому виді потиличного передлежання:

- A. Перенісся.
- B. Передній кут великого тім'ячка.
- C. Межа волосистої частини лоба.
- D. Під'язикова кістка.
- E. Підпотилична ямка.

8. Синклітичне вставлення — це:

- A. Стрілоподібний шов ближче до лобка.
- B. Стрілоподібний шов на однаковій відстані між лобком і мисом крижа.
- C. Стрілоподібний шов ближче до мису крижа.
- D. Стрілоподібний шов у прямому розмірі площини входу в таз.
- E. Стрілоподібний шов ближче до однієї з клубових кісток.

9. Яким розміром вставляється голівка при передньому виді потиличного передлежання:

- A. Великим косим.
- B. Середнім косим.
- C. Прямим.
- D. Малим косим.
- E. Вертикальним?

10. Вставлення голівки при фізіологічних пологах буває:

- A. Асинклітичне.
- B. Задній асинклітизм.
- C. Синклітичне.
- D. Передній асинклітизм.
- E. Максимальне згинання голівки.

Задачі

1. До пологового залу поступила першороділля з доношеною вагітністю та скаргами на регулярні перейми по 45 с через 3 хв протягом 7 год. За даними вагінального дослідження: шийка матки згладжена, тонка, відкриття маткового вічка до 6 см, плодовий міхур цілий, передлежить голівка, сагітальний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко справа біля лобка.

Який діагноз?

2. Встановіть послідовність:

Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода:

- 1) бічне згинання шийно-грудного відділу хребта;
- 2) внутрішній поворот плечиків;
- 3) внутрішній поворот сідниць;
- 4) бічне згинання поперекової ділянки хребта;
- 5) згинання голівки;
- 6) внутрішній поворот голівки.

3. Знайдіть відповідність:

Степень розгинального передлежання

Метод розродження

- | | |
|--------------------------|--|
| 1) передньоголове; | а) через природні пологові шляхи; |
| 2) лобове; | б) акушерські щипці; |
| 3) лицеве, передній вид. | в) кесарів розтин у плановому порядку; |
| | г) поворот плода на ніжку; |
| | г) плоруруйнівна операція; |
| | д) кесарів розтин у пологах. |

Еталони відповіді:

1 — А, 2 — А, 3 — С, 4 — В, 5 — С, 6 — D, 7 — E, 8 — В, 9 — D, 10 — С.

Задача 1. Вагітність 40 тиж., перший період пологів, активна фаза. Поздовжнє положення, потиличне передлежання, II позиція, передній вид.

Задача 2. 3, 4, 2, 1, 6, 5.

Задача 3. 1 а, 2 е, 3 е.

Розділ 8 ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ ПРИ РОЗГИНАЛЬНИХ ВСТАВЛЕННЯХ ГОЛІВКИ

На момент поступлення роділлі в стаціонар потрібно насамперед з'ясувати акушерську ситуацію: розгинальне передлежання або нормальне вставлення голівки плода.

Усі розгинальні передлежання на сьогодні вважають відносними показаннями до операції кесаревого розтину. До причин, що зумовлюють цей вид патології, належать рубець на матці після попереднього абдомінального розродження, значне звуження таза, великий плід, передній вид розгинального передлежання, вагітність терміном 43 тиж. і більше, внутрішньотробога гіпоксія плода. Необхідно негайно провести хірургічне втручання.

Якщо відсутні умови для операції або є значні протипоказання до її проведення, то пологи мають бути завершені через природні пологові шляхи. Якщо слушний момент для проведення кесаревого розтину згаяно і голівка вставилася в малий таз, то пологи ведуться через природні пологові шляхи жінки.

Скласти прогноз пологів ніхто не може, тому що розгинальні вставлення голівки непостійні, вони можуть переходити одне в інше. Безумовно, кращими є ті випадки, коли передньоголове вставлення перетворюється на задній вид потиличного вставлення, тоді перебіг пологів буде як при згинальних передлежаннях. Гірші результати пологів, якщо передньоголове вставлення перетворюється на лобове, яке, у свою чергу, розгинається до лицевого.

У жінок під час пологів необхідно постійно спостерігати за характером переймів, конфігурацією і просуванням голівки, проводити моніторинговий контроль за скоротливою діяльністю

матки і станом плода для недопущення ознак клінічно вузького таза, запобігання невчасному вилиттю вод, гіпоксії плода та іншим ускладненням.

Розрізняють 3 ступені розгинальних вставлень:

I — передньоголове вставлення, голівка проходить через пологовий канал прямим розміром (34 см), провідною точкою є велике тім'ячко;

II — лобове вставлення, характеризується більш значним розгинанням голівки, яка проходить через пологовий канал великим косим розміром (35—36 см), провідною точкою є середина лобового шва;

III — лицеве вставлення. Голівка розігнута так сильно, що провідною точкою стає підборіддя. Через пологовий канал голівка проходить вертикальним розміром (33 см).

Пологи з розгинальними вставленнями голівки відбуваються у задньому виді.

Ознаки передньоголового вставлення:

1) при зовнішньому вимірюванні прямий розмір дорівнює 12 см і більше;

2) при вагінальному дослідженні велике і мале тім'ячка розміщені на одному рівні;

3) після народження голівка набуває "баштової" форми.

Лобове вставлення розпізнається при вагінальному дослідженні: виявляються надбрівні дуги, корінь носа, очні ямки.

Лицеве вставлення — крайній ступінь розгинальних вставлень, пологи у розгинальному вставленні мають затяжний перебіг, значно підвищують ризик травматизму матері та плода і можливі лише тоді, коли відбуваються у задньому виді.

Біомеханізм пологів при передньоголовному вставленні

Перший момент — помірне розгинання голівки I ступеня і вставлення її стріловим швом у поперечному розмірі площини входу в малий таз по окружності прямого розміру (12 см, окружність — 34 см), провідна точка — велике тім'ячко.

Другий момент — внутрішній поворот голівки потилицею до крижів, лобом до лобка матері.

Момент, коли голівка опускається на тазове дно, а стріловий шов збігається з прямим розміром виходу з малого таза, вважають завершенням повороту.

Третій момент — згинання голівки — складається з двох підмоментів:

а) згинання голівки — за рахунок фіксації перенісся до нижнього краю лобкової дуги, навколо якої відбувається згинання доти, доки підпотилична ямка і верхівка куприка не утворять наступну точку фіксації, після якої настає підмомент *б*. Під час згинання народжується потилиця;

б) розгинання голівки — за рахунок фіксації підпотиличної ямки до верхівки куприка, врізування і народження лицем угору. Форма голівки буде брахіцефалічна (кольор. вкл., мал. 97).

Четвертий момент — внутрішній поворот плечиків та зовнішній поворот голівки лицем до стегна матері, протилежного позиції плода.

Біакроміальний розмір плечиків (12 см, окружність — 35 см) встановлюється в прямому розмірі виходу з малого таза.

Плечики народжуються: верхня третина переднього плечика фіксується до нижнього краю лобкового симфізу, тулуб згинається в шийно-грудному відділі хребта, народжується заднє плечико, потім переднє і в силу тяжіння — весь плід.

Біомеханізм пологів при лобових вставленнях

Перший момент — розгинання голівки II ступеня і вставлення її в площину входу в малий таз по окружності великого косого розміру (13—13,5 см, окружність 40—41 см) лобовим швом у поперечному розмірі. Провідна точка — середина лобового шва.

Другий момент — внутрішній поворот голівки потилицею до крижів, лобом — до лобка матері.

Момент, коли голівка опускається на тазове дно, а стріловий шов збігається з прямим розміром виходу з малого таза, вважають завершенням повороту.

Третій момент — складається з 2 підмоментів:

а) згинання голівки — за рахунок фіксації верхньої щелепи до нижнього краю лобкового симфізу доти, доки підпотилична ямка не зафіксується до верхівки куприка. У цей час над промежиною з'являється потилиця;

б) розгинання голівки — за рахунок фіксації підпотиличної ямки до верхівки куприка. Народжується спочатку верхня щелепа, потім рот і підборіддя (кольор. вкл., мал. 98).

Четвертий момент — внутрішній поворот плечиків та зовнішній поворот голівки лицем до стегна матері, протилежного позиції плода.

Плечики народжуються, як і при передньоголовному вставленні.

NB! Лобове вставлення — це показання до операції кесаревого розтину.

Пологи при лобовому вставленні можливі виключно тільки при: великих розмірах таза і глибоко недоношеному плоді зі вставленням голівки у задньому виді.

Біомеханізм пологів при лицевому вставленні

Лінія, що проходить від середини підборіддя через спинку носа до перенісся, називається *лицевою лінією*.

Перший момент — розгинання голівки III ступеня і вставлення її лицевою лінією в поперечному розмірі площини входу в малий таз потилицею до крижів, підборіддям до лобка. Голівка проходить пологові шляхи вертикальним розміром (9,5—10 см, окружність 33 см). Провідною точкою є підборіддя.

Другий момент — внутрішній поворот голівки потилицею до крижів, лобом до лобка матері. Момент, коли голівка опускається на тазове дно, а лицева лінія збігається з прямим розміром виходу з малого таза, вважають завершенням повороту.

Третій момент — згинання голівки — за рахунок фіксації ділянки під'язикової кістки до нижнього краю лобкового симфізу. Врізування, прорізування і народження лицем угору по окружності вертикального розміру (від під'язикової кістки до верхівки великого тім'ячка — 33 см).

Четвертий момент — внутрішній поворот плечиків та зовнішній поворот голівки лицем до стегна матері, протилежного позиції плода.

Плечики народжуються, як і при передньоголовному вставленні.

NB! При передньому виді пологи неможливі. Якщо голівка не фіксована щільно, показана операція кесаревого розтину, якщо вона в порожнині таза — краніотомія (звичайно, на мертвому плоді; кольор. вкл., мал. 99).

Тестові завдання

1. Фактори з боку матері, що сприяють розвитку розгинальних вставлень голівки плода:

- A. Зниження тонуусу матки і черевного пресу, некоординовані скорочення матки.
- B. Недостатність черевної стінки і тазового дна.
- C. Фіброміома матки.
- D. Вузкий таз.
- E. Усе перераховане правильно.

2. Фактори з боку плода, що сприяють розвитку розгинальних вставлень голівки:

- A. Велика або дуже маленька голівка.
- B. Вроджена пухлина щитоподібної залози.
- C. Мертвий плід (втрачає пружність).
- D. Тугорухомість атланта-потиличного суглоба.
- E. Усе перераховане правильно.

3. Розрізняють ступенів розгинання голівки плода:

- A. 1.
- B. 2.
- C. 3.
- D. 4.
- E. 5.

4. Ступінь розгинального передлежання голівки може бути встановлений:

- A. Під час вагітності.
- B. У прелімінарний період.
- C. На УЗД.
- D. У період розкриття.
- E. Усе перераховане правильно.

5. Основним методом діагностики ступеня розгинального передлежання є дослідження:

- A. УЗД.
- B. Зовнішнє акушерське.
- C. Піхвове.
- D. Кордоцентез.
- E. Амніоцентез.

6. При передньоголовному передлежанні провідною точкою є:

- A. Підборіддя.
- B. Лоб.
- C. Велике тім'ячко.
- D. Середина стрілоподібного шва.
- E. Мале тім'ячко.

7. Голівка прорізується середнім косим розміром при передлежанні:

- A. Задньому виді потиличного.
- B. Лобовому.
- C. Передньому виді потиличного.
- D. Лицевому.
- E. Передньоголовному.

8. Голівка прорізується прямим розміром при передлежанні:

- A. Задньому виді потиличного.
- B. Лобовому.
- C. Лицевому.
- D. Передньоголовному.
- E. Усе перераховане правильно.

9. Пологова пухлина при передньоголовному передлежанні розміщена:

- A. У ділянці малого тім'ячка.

- B. На обличчі.
- C. У ділянці великого тім'ячка.
- D. На підборідді.
- E. На лобі.

10. Перебіг пологів при лобовому та передньому виді лицевого вставлення голівки:

- A. Затяжний, тривалий період зганняння.
- B. Вторинна слабкість пологових сил, сечостатеві нориці.
- C. Розрив матки. Розриви промежини з відривом м'яза-підіймача, зчленувань таза.
- D. Внутрішньочерепна травма плода, мертвонародження.
- E. Усе перераховане правильно.

Задачі

1. Першовагітна, 22 років, поступила в пологове відділення з активною пологовою діяльністю. Окружність живота — 102 см, висота стояння дна матки — 36 см. Голівка щільно притиснута до входу в малий таз. Відійшли чисті навколоплідні води. Піхове дослідження: відкриття шийки матки повне, визначається лоб, лобовий шов, зліва пальпуються надбрівні дуги і корінь носа. Розміри таза нормальні.

Встановіть діагноз. Яка тактика?

2. Знайдіть відповідність:

Розмір, яким прорізується голівка:

- 1) малий косий розмір;
- 2) середній косий розмір;
- 3) прямий розмір;
- 4) вертикальний розмір;
- 5) великий косий розмір.

Вид передлежання:

- а) лицеве передлежання;
- б) лобове передлежання;
- в) передній вид потиличного передлежання;
- г) передньоголовне передлежання;
- г) задній вид потиличного передлежання.

3. Знайдіть відповідність:

Ступінь розгинального передлежання:

Метод розродження:

- | | |
|--------------------------|--|
| 1) передньоголовне; | а) через природні пологові шляхи; |
| 2) лобове; | б) за допомогою акушерських щипців; |
| 3) лицеве, передній вид. | в) кесарів розтин у плановому порядку; |
| | г) поворот плода на ніжку; |
| | г) плодоруїнівна операція; |
| | д) кесарів розтин у пологах. |

Еталони відповіді:

1 — E, 2 — E, 3 — C, 4 — D, 5 — C, 6 — C, 7 — A, 8 — D, 9 — C, 10 — E.

Задача 1. Діагноз: I термінові пологи. Кінець першого періоду пологів. Лобове вставлення голівки плода.

Тактика: кесарів розтин.

Задача 2. 1 в, 2 г, 3 г, 4 а, 5 б.

Задача 3. 1 а, 2 е, 3 е.

Розділ 9 НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА

Поперечне положення плода потребує уваги лише з 35-го тижня вагітності, оскільки з цього терміну плід займає фіксоване положення і може залишатися в такому стані до моменту пологів і в пологах. У терміні 35—36 тиж. є можливість виправити положення плода, провівши зовнішній поворот за відсутності протипоказань.

Якщо не змінити положення плода на поздовжнє, може настати розрив матки, унаслідок чого гине плід і виникає загроза для життя роділлі.

Крім розриву матки пологи при косому і поперечному положенні можуть ускладнюватися передчасним вилиттям навколоплідних вод і випадінням дрібних частин плода через відсутність пояса зіткнення. Пологи при поперечному положенні плода частіше, ніж в інших випадках, ускладнюються первинною слабкістю пологових сил, ендометритом тощо.

Запущене поперечне положення плода

Потрібно зважати, що після вилиття навколоплідних вод і тугого охоплення плода стінками матки, незалежно від ступеня розкриття шийки матки, настає *запущене поперечне положення плода*.

Методи ведення пологів у цьому випадку: за наявності живого плода і відсутності інфекції допускається операція кесаревого розтину. Якщо води вилилися більше ніж 6—8 год тому, показана плодоруйнівна операція, навіть за наявності живого

плода, або кесарів розтин із захисним варіантом. Лише зрідка, якщо пологи при поперечному положенні плода супроводжуються активною пологовою діяльністю, плід недоношений, води збереглися до моменту повного розкриття, можна провести виправлення положення плода шляхом класичного комбінованого акушерського повороту на ніжку (цю операцію зараз не виконують).

NB! *Запущене поперечне положення плода є протипоказанням до виконання цієї операції.*

Класичний внутрішній поворот плода на ніжку

Показання: поперечні положення плода.

Умови:

- 1) повне відкриття маткового вічка;
- 2) плодовий міхур цілий або води щойно вилилися;
- 3) рухомість плода в порожнині матки повністю збереглася;
- 4) відповідність розмірів плода розмірам таза.

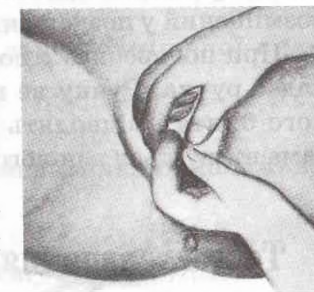
Техніка проведення:

- уведення руки;
- відшукування ніжки;
- захоплення ніжки;
- власне поворот.

Перед операцією роблять повторне зовнішнє і вагінальне дослідження для уточнення положення, позиції плода, ступеня розкриття вічка та інших даних.

Уведення руки. У порожнину матки зазвичай вводять праву руку, якою легше працювати. При повороті з поперечного положення в поздовжнє слід вводити руку, яка відповідає тазовому кінцю плода (при першій позиції — ліву, при другій — праву; мал. 100).

Зовнішньою рукою розсувають соромітну щілину, руку, вибрану для повороту (внутрішню), складають конусом,



Мал. 100. Уведення руки в пологовий канал

уводять у піхву і просувають до вічка матки (тильна ділянка кисті має бути обернена у бік крижів). Як тільки кінці пальців досягли вічка, зовнішню руку переносять на дно матки. Після цього розривають плодовий міхур і вводять руку в матку.

Відшукування ніжки. При поперечних положеннях вибір ніжки залежить від виду — при передньому виді (спинка наперед) захоплюють ніжку, розміщену нижче, при задньому — розміщену вище. Для відшукування ніжки намагаються бік плода і ковзають рукою від пахвинної складки до тазового кінця і далі по стегну до гомілки і захоплюють ніжку. Під час відшукування ніжки зовнішньою рукою просувають тазовий кінець плода донизу, назустріч внутрішній руці.

Ніжку захоплюють двома способами (кольор. вкл., мал. 101):

1) гомілку захоплюють усією рукою; чотири пальці обхоплюють гомілку спереду, великий палець розміщують уздовж литкових м'язів, кінець його досягає підколінної ямки;

2) вказівним і середнім пальцями ніжку захоплюють у ділянці кісточок, великий палець підтримує стопу.

Перший спосіб захоплення ніжок надійніший.

Власне поворот плода (кольор. вкл., мал. 102). Після захоплення ніжки зовнішню руку переносять з тазового кінця плода на голівку і відсувають її догори, до дна матки, у цей час внутрішньою рукою ніжку зводять донизу, виводять через піхву назовні.

Поворот вважається закінченим після того, як ніжку виведено із соромітної щілини до коліна. Це свідчить про те, що плід розміщений у поздовжньому напрямку.

При поперечному положенні в момент вилиття вод часто випадає ручка. Ручку не вправляють, беруть на петлю зі стерильного бинта і відводять у бік симфізу. Під час повороту ручка сама втягується в пологові шляхи.

Тестові завдання

1. Причини неправильного положення плода всі, крім:

А. Вад розвитку матки.

- В. Вузького тазу.
- С. Передлежання плаценти.
- Д. Спадковості.
- Е. Зниження тонуусу матки.

2. Діагностика поперечного положення плода ґрунтується на:

- А. Даних огляду форми живота.
- В. Невідповідності висоти стояння дна матки терміну вагітності.
- С. Результатах зовнішніх прийомів Леопольда — Левицького.
- Д. Даних піхвового дослідження і УЗД.
- Е. Усіх перерахованих даних.

3. Методи діагностики неправильного положення плода всі, крім:

- А. Збирання анамнезу.
- В. Зовнішнього акушерського дослідження.
- С. УЗД.
- Д. Піхвового дослідження.
- Е. Усе перераховане правильно.

4. Найчастіше ускладнення вагітності при поперечному положенні плода:

- А. Передчасні пологи.
- В. Дистрес плода.
- С. Передчасне відходження навколоплідних вод.
- Д. Багатоводдя або маловоддя.
- Е. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти.

5. Ускладнення під час пологів при неправильних положеннях плода:

- А. Раннє вилиття вод.
- В. Випадіння пуповини або ручки плода.
- С. Дистрес плода.
- Д. Аномалії пологової діяльності.
- Е. Усе перераховане.

6. Найчастіше ускладнення в першому періоді пологів при поперечному положенні плода:

- A. Передчасне відходження вод.
- B. Випадіння петель пуповини.
- C. Надмірно сильна пологова діяльність.
- D. Слабкість пологової діяльності.
- E. Загроза розриву матки.

7. Тактика лікаря в другому періоді пологів, якщо другий плід з двійні перебуває в поперечному положенні:

- A. Розкрити плодовий міхур і надати пологам природного перебігу.
- B. Розкрити плодовий міхур і виконати поворот плода на ніжку.
- C. Повернути плід у поздовжнє положення зовнішніми прийомами.
- D. Виконати кесарів розтин.
- E. Виконати плодоруїнівну операцію.

8. Умови для операції класичного поворота плода на ніжку:

- A. Повне розкриття маткового вічка.
- B. Живий плід середніх розмірів.
- C. Відповідність розмірів плода розмірам таза.
- D. Цілий плодовий міхур або води щойно вилилися.
- E. Усе перераховане правильно.

9. При поперечному положенні плода і доношеній вагітності показано:

- A. Ведення пологів через природні пологові шляхи.
- B. Плановий кесарів розтин.
- C. Кесарів розтин з початком пологової діяльності.
- D. Кесарів розтин після відходження навколоплідних вод.
- E. Пологи через природні пологові шляхи з наступним вилученням плода за тазовий кінець.

10. Госпіталізація при поперечному положенні плода показана при терміні вагітності:

- A. 28—30 тиж.
- B. 36—37 тиж.
- C. 31—32 тиж.

D. 39—40 тиж.

E. 33—35 тиж.

Задачі

1. У центральну районну лікарню доставлено роділлю з час-тими, різко болючими переймами, безводний проміжок стано-вить 14 год. Нижній сегмент матки перерозтягнутий, болючий, контракційне кільце на рівні пупка. Положення плода попереч-не. Серцебиття плода не прослуховується. При дослідженні в піх-ві виявлена ручка, плече вклинено.

Встановіть діагноз. Яка тактика?

2. Роділля, 21 рік, термін вагітності — 39 тиж. У машині відійшли навколоплідні води, після чого роділля перестала від-чувати рухи плода. Положення плода поперечне, голівка зліва, серцебиття плода не прослуховується. При піхвовому дослід-женні встановлено: відкриття маткового вічка повне, плодовий міхур відсутній, у піхві ручка; петлі пуповини, огруддя плода, шия не доступна.

Встановіть діагноз. Ваша тактика.

3. До лікаря жіночої консультації звернулася вагітна, 34 ро-ків, у термін вагітності 38 тиж. В анамнезі — один штучний аборт, після чого безплідність протягом 4 років. Під час огляду — перед-легла частина над входом у малий таз не визначається. Голівка зліва, тазовий кінець справа. Серцебиття плода ясне, ритмічне 130 за 1 хв.

Встановіть діагноз. Ваша тактика.

Еталони відповіді:

1 — D, 2 — E, 3 — A, 4 — C, 5 — E, 6 — B, 7 — B, 8 — E, 9 — B, 10 — B.

Задача 1. Діагноз: Загроза розриву матки. Запущене попереч-не положення плода.

Тактика: Плодоруїнівна операція — декапітація.

Задача 2. Пологи термінові, другий період. Поперечне положення плода, І позиція, випадіння ручки і петель пуповини, внутрішньоутробна загибель плода.

Тактика: плодоруйнівна операція.

Задача 3. Вагітність 38 тиж. Поперечне положення плода. Ускладнений акушерський анамнез (безпліддя 4 роки).

Тактика — плановий кесарів розтин.

Розділ 10 ПОЛОГИ ПРИ ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ

Причини виникнення тазових передлежань плода:

— підвищена рухомість плода при багатоводді і недоношеній вагітності;

— перешкоди до вставлення голівки у вході в малий таз: вузький таз, передлежання плаценти, пухлини в нижньому сегменті матки, гідроцефалія;

— маловоддя й аномалії розвитку матки, що обмежують рухомість плода і можливості повороту його голівкою донизу наприкінці вагітності;

— зниження тonusу матки і збудливості її нервово-рецепторного апарату. При цьому знижується здатність матки реагувати на рухи плода скороченнями м'язів, які коригують положення плода в порожнині матки.

Види тазових передлежань:

1. Сідничне: чисто сідничне (неповне) і змішане сідничне (повне; кольор. вкл., мал. 103, 104). При чисто сідничному передлежанні у вхід у таз виступають сідниці; ніжки витягнуті вздовж тулуба (кульшові суглоби зігнуті, а колінні — розігнуті). При змішаному сідничному передлежанні сідниці повернені до просвіту таза матері разом з ніжками, зігнутими в кульшових і колінних суглобах.

2. Ножне: повне і неповне (кольор. вкл., мал. 105). При повному передлежать обидві ніжки, злегка розігнуті в кульшових і колінних суглобах. При неповному передлежить одна ніжка, розігнута в кульшовому і колінному суглобах, інша — зігнута в кульшовому суглобі і лежить вище.

3. Колінне: передлежать зігнуті коліна.

4. Змішане.

Діагностика тазових передлежань

• Прийоми Леопольда.

Користуючись третім прийомом, визначаємо над входом у малий таз частину м'якої консистенції, яка не балотує.

• Серцебиття плода вислуховується вище пупка відповідно до позиції.

• Висота стояння дна матки буде більшою, ніж при цьому терміні вагітності.

• Наприкінці вагітності і на початку пологів сідниці розміщені своїм поперечним розміром (*linea intertrochanterica*) над одним із косих розмірів входу в таз (при передньому виді I позиції — над лівим косим розміром). При вагінальному дослідженні лінія (*linea intertrochanterica*) виконує роль стрілового шва, а крижі і куприк плода — роль малого тім'ячка. Додатковими орієнтирами слугують: сідничі горби, міжсіднична борозна, відхідник, зовнішні статеві органи і стопи плода (при змішаному сідничному передлежанні). Просування плода по пологовому каналу починається зазвичай після вилиття навколоплідних вод.

Перебіг пологів при тазових передлежаннях (етапи):

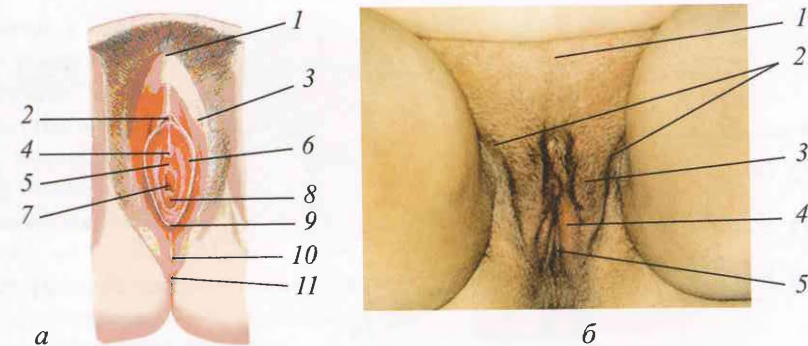
1. Народження плода до пупка.

2. Народження плода від пупка до нижнього краю кута лопаток.

3. Народження плечового пояса і ручок.

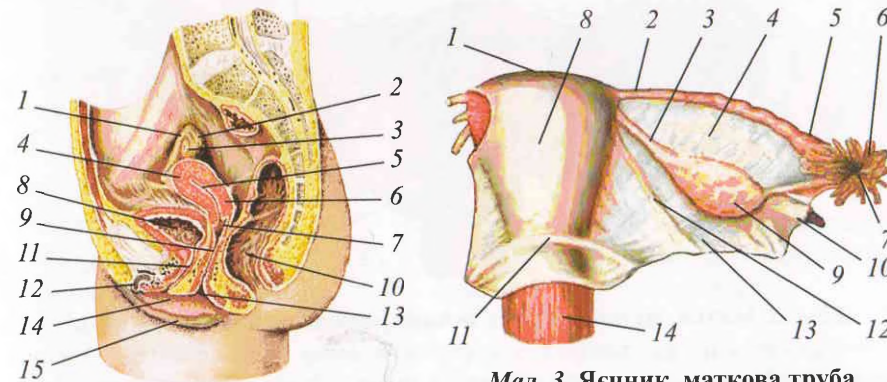
4. Народження голівки.

Як тільки дитина народжується до пупка, голівка вступає в таз і притискує пуповину, у зв'язку з чим розвивається гіпоксія плода. Якщо дитина не народжується протягом наступних 5 хв, велика вірогідність виникнення небезпечних для його життя ускладнень.



Мал. 1. Зовнішні жіночі статеві органи:

а — схематичне зображення: 1 — передня спайка губ; 2 — клітор; 3 — велика соромітна губа; 4 — зовнішнє вічко сечівника; 5 — присінок піхви; 6 — мала соромітна губа; 7 — отвір піхви; 8 — дівоча перетинка; 9 — вуздечка соромітних губ; 10 — задня спайка губ; 11 — отвір відхідника;
б — зовнішній вигляд: 1 — надлобкова складка (*plica suprapubica*); 2 — лобкове підвищення (*mons pubis*); 3 — пахвинні складки; 4 — великі соромітні губи (*labia majora pudendi*); 5 — малі соромітні губи (*labia minora pudendi*)

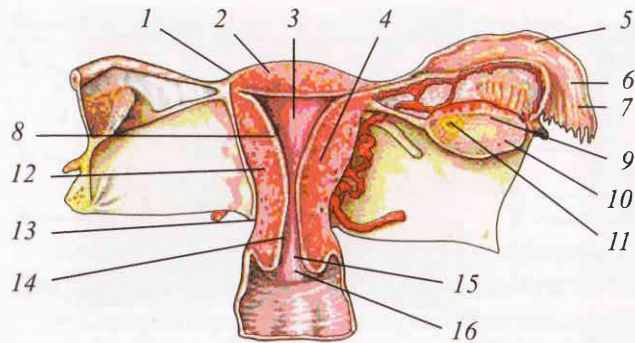


Мал. 2. Внутрішні жіночі статеві органи (сагітальний розріз таза):

1 — маткова труба; 2 — торочки маткової труби; 3 — яєчник; 4 — тіло матки; 5 — порожнина матки; 6 — шийка матки; 7 — вічко матки; 8 — сечовий міхур; 9 — піхва; 10 — пряма кишка; 11 — сечівник; 12 — клітор; 13 — отвір піхви; 14 — малі соромітні губи; 15 — великі соромітні губи

Мал. 3. Яєчник, маткова труба і матка:

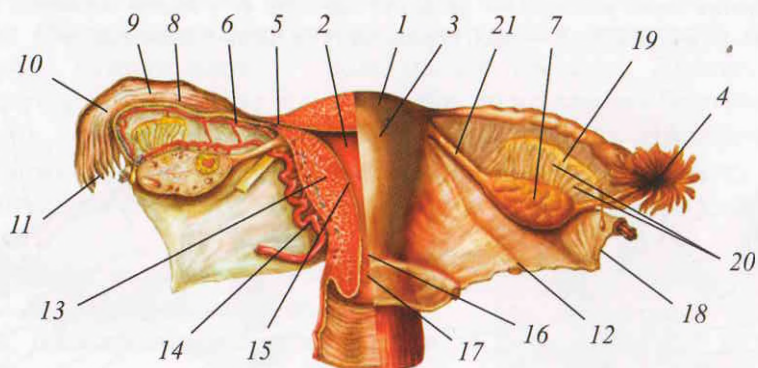
1 — дно матки; 2 — перешийок маткової труби; 3 — власна зв'язка яєчника; 4 — брижа яєчника; 5 — ампула маткової труби; 6 — торочки маткової труби; 7 — черевний отвір маткової труби; 8 — тіло матки; 9 — яєчник; 10 — підвищувальна зв'язка яєчника; 11 — шийка матки; 12 — стінка піхви; 13 — очеревина широкої зв'язки; 14 — м'язова оболонка піхви



Мал. 4. Яєчник, маткова труба і матка. Фронтальний розріз (вигляд ззаду):

1 — серозна оболонка матки (*периметрій*); 2 — дно матки; 3 — порожнина матки; 4 — тіло матки; 5 — складки

маткової труби; 6 — лійка труби; 7 — торочки маткової труби; 8 — слизова оболонка матки (*ендометрій*); 9 — строма яєчника; 10 — пухирчасті яєчникові фолікули; 11 — жовте тіло яєчника; 12 — м'язова оболонка матки (*міометрій*); 13 — шийка матки; 14 — пальмоподібні складки каналу шийки матки; 15 — канал шийки матки; 16 — зовнішнє вічко шийки матки



Мал. 5. Матка, маткова труба, яєчник, піхва (сагітальний розріз):

1 — тіло матки (*corpus uteri*); 2 — порожнина матки (*cavum uteri*); 3 — дно матки (*fundus uteri*); 4 — отвір маткової труби (*ostium tubae uterinae*); 5 — перешийок маткової труби (*isthmus tubae uterinae*); 6 — трубна гілка (*ramus tubarius a. uterinae*); 7 — яєчник (*ovarium*); 8 — трубні складки (*plicae ampullares*); 9 — ампула маткової труби (*ampulla tubae uterinae*); 10 — лійка маткової труби (*infundibulum tubae uterinae (ostium abdominale tubae uterinae)*); 11 — торочка маткової труби (*fimbriae tubae*); 12 — кругла зв'язка матки (*lig. teres uteri*); 13 — міометрій (*myometrium*); 14 — маткова артерія (*a. uterinae*); 15 — слизова оболонка (*endometrium*); 16 — шийка матки (*cervix uteri*); 17 — канал шийки матки (*canalis cervicis uteri*); 18 — зв'язка, що підвішує яєчник (*lig. suspensorius ovarii*); 19 — придаток яєчника (*epoophoron*); 20 — поперечні протоки (*ductuli transversi*); 21 — власна зв'язка яєчника (*lig. ovarii proprium*)

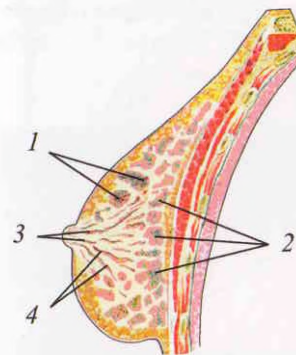


Мал. 6. Піхвова частина шийки матки:

a — форма зовнішнього вічка шийки матки в жінки, що не народжувала; *б* — форма зовнішнього вічка шийки матки в жінки, що народжувала

Мал. 7. Грудна залоза:

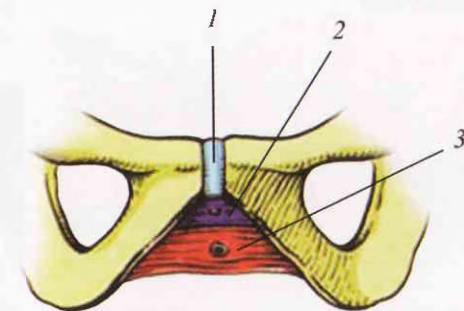
1 — тіло грудної залози; 2 — грудне кружальце; 3 — грудний сосок



Мал. 8. Грудна залоза

(сагітальний розріз):

1 — частки грудної залози; 2 — тіло грудної залози; 3 — вивідні молочні протоки; 4 — молочні пазухи

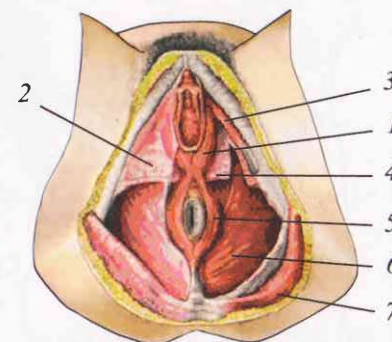


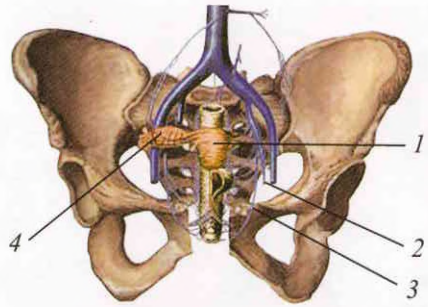
Мал. 9. Сечостатева діафрагма:

1 — лобковий симфіз; 2 — сечова діафрагма; 3 — статевая діафрагма

Мал. 10. М'язи промежини:

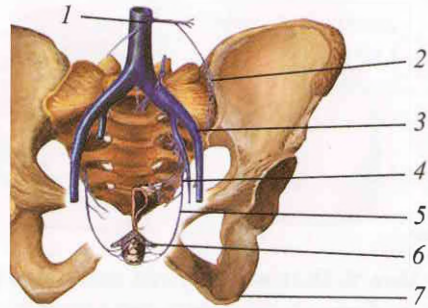
1 — цибулинно-губчастий м'яз; 2 — поверхнева фасція промежини; 3 — сіднично-печеристий м'яз; 4 — поверхневий поперечний м'яз промежини; 5 — зовнішній м'яз — замикач відхідника; 6 — м'яз — підіймач відхідника; 7 — великий сідничний м'яз





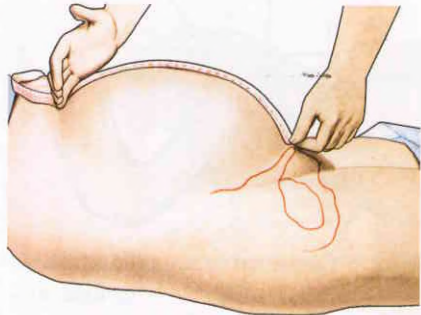
Мал. 11. Вени та венозні сплетення тазових органів:

1 — маткове венозне сплетення; 2 — венозне сплетення шийки матки; 3 — піхвове венозне сплетення; 4 — лозоподібне (рампініформіс) венозне сплетення

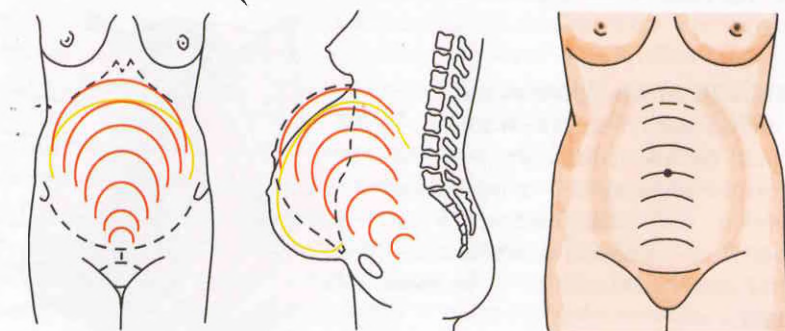


Мал. 12. Венозна система зовнішніх статевих органів:

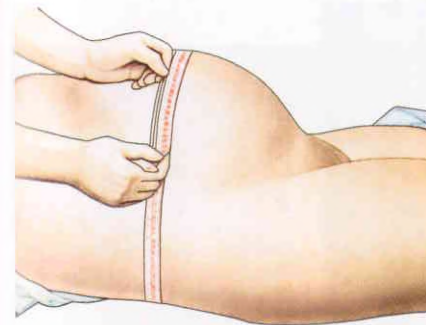
1 — нижня порожниста вена; 2 — загальна клубова вена; 3 — зовнішня клубова вена; 4 — внутрішня клубова вена; 5 — внутрішня соромітна вена; 6 — вена клітора; 7 — нижня прямокишкова вена



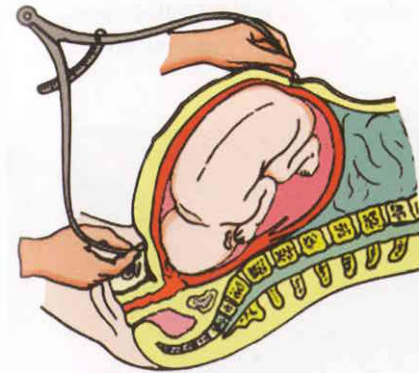
Мал. 13. Вимірювання висоти стояння дна матки



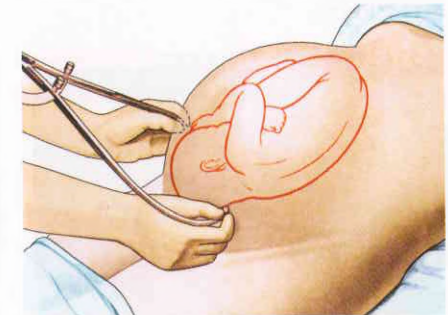
Мал. 14. Висота стояння дна матки в різні терміни вагітності



Мал. 15. Вимірювання окружності живота



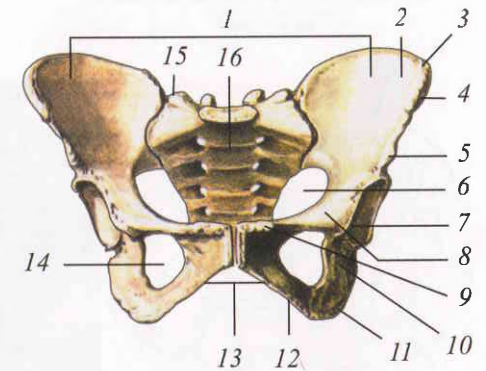
Мал. 16. Вимірювання довжини плода газоміром

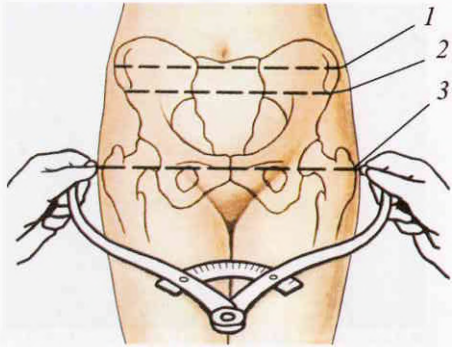


Мал. 17. Вимірювання лобово-потилічного розміру

Мал. 18. Жіночий таз:

1 — великий таз; 2 — крило клубової кістки; 3 — гребінь клубової кістки; 4 — верхня передня ость клубової кістки; 5 — нижня передня ость клубової кістки; 6 — малий таз; 7 — вертлюгова ямка; 8 — гребінь лобкової кістки; 9 — лобковий горбик; 10 — сіднича кістка; 11 — сідничий горб; 12 — нижня гілка лобкової кістки; 13 — підлобкова дуга; 14 — загульний отвір; 15 — правий крижово-клубовий суглоб; 16 — крижі





Мал. 19. Вимірювання зовнішніх розмірів таза:
1 — міжгребнева відстань; 2 — міжгребенева відстань; 3 — міжвертлюгова відстань



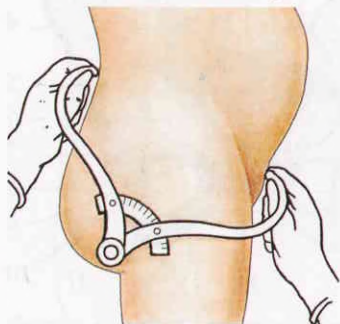
Мал. 20. Техніка зовнішнього вимірювання міжгребневої відстані



Мал. 21. Техніка зовнішнього вимірювання міжгребеневої відстані



Мал. 22. Техніка зовнішнього вимірювання міжвертлюгової відстані



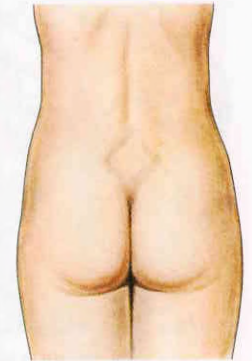
Мал. 23. Вимірювання зовнішньої кон'югати



Мал. 24. Вимірювання діагональної кон'югати



Мал. 25. Кут нахилу та прямі розміри площини таза



Мал. 27. Попереково-крижовий ромб



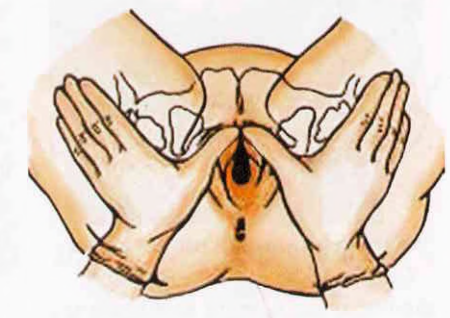
Мал. 28. Вимірювання прямого розміру виходу таза

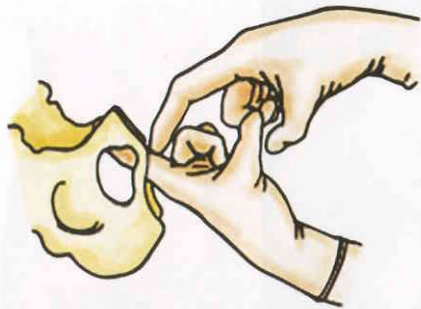


Мал. 29. Вимірювання поперечного розміру виходу таза

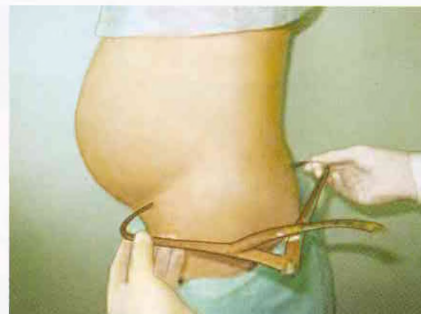


Мал. 30. Лобковий кут





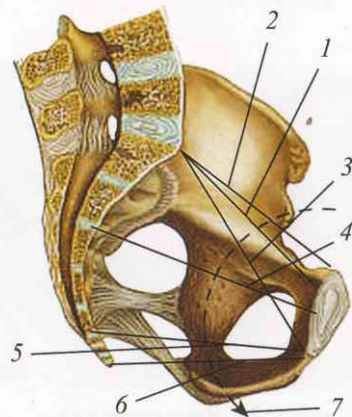
Мал. 31. Вимірювання висоти лобкового симфізу



Мал. 32. Вимірювання бічної кон'югати таза

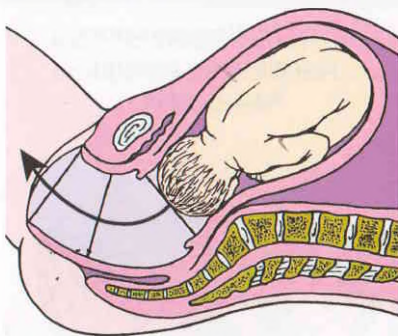


Мал. 33. Вимірювання косої кон'югати таза



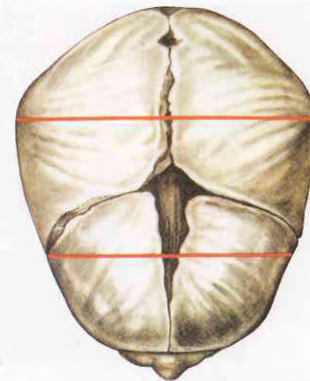
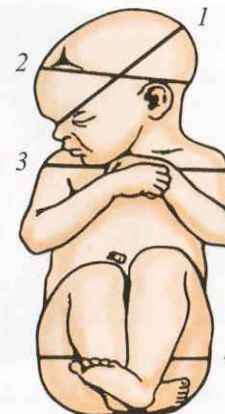
Мал. 34. Класичні площини малого таза:

1 — справжня (акушерська) кон'югата (*conjugata (obstetrica) vera*); 2 — анатомічна кон'югата (*conjugata anatomica*); 3 — діагональна кон'югата (*conjugata diagonalis*); 4 — прямий розмір широкої частини площини малого таза; 5 — прямий розмір вузької площини малого таза; 6 — прямий розмір площини виходу малого таза; 7 — вісь таза (провідна лінія)



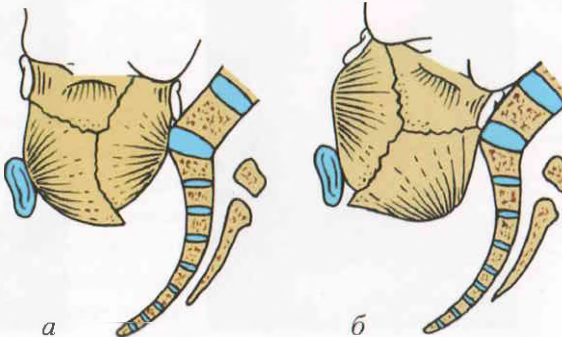
Мал. 35. Схематичне зображення провідної осі таза (показана зігнутою стрілкою, що сполучає центри всіх прямих розмірів таза)

Мал. 36. Розміри доношеного плода:
1 — прямий розмір голівки (*diameter fronto-occipitalis, s. recta*); 2 — малий косий розмір голівки (*d. suboccipito-bregmatica, s. obliquus minor*); 3 — розмір плічок; 4 — відстань між стегнами

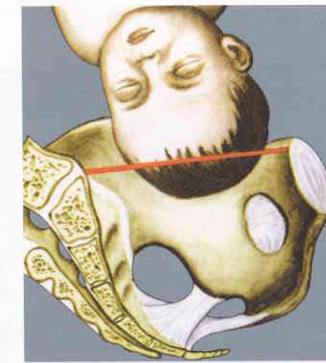


Мал. 37. Поперечні розміри голівки плода

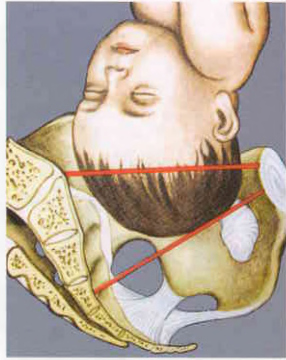
Мал. 39. Схематичне зображення асинклітичного вставлення голівки плода при вузькому тазі:
а — передній асинклітизм;
б — задній асинклітизм



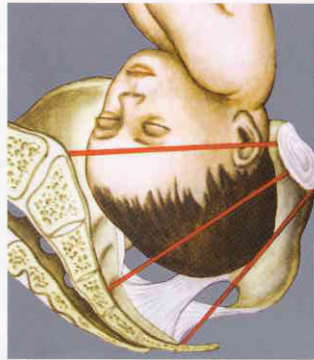
Мал. 40. Голівка над входом у малий таз



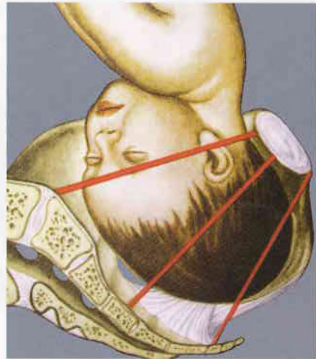
Мал. 41. Голівка притиснута до входу в малий таз



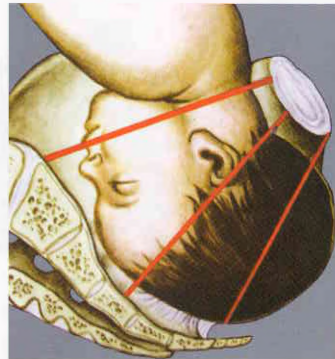
Мал. 42. Голівка малим сегментом у вході в малий таз



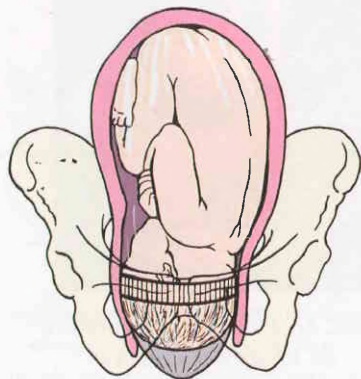
Мал. 43. Голівка великим сегментом у вході в малий таз



Мал. 44. Голівка в порожнині малого таза



Мал. 45. Голівка на дні малого таза



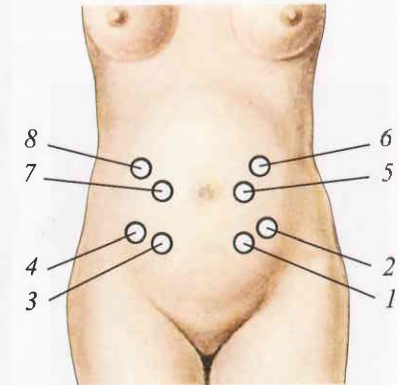
Мал. 46. Схематичне зображення розташування плода в матці наприкінці періоду розкриття її шийки: повне розкриття шийки матки, голівка плода розташовується у вході в малий таз, пояс стикання заштрихований, нижче за нього розміщені передні навколоплідні води, вище — задні навколоплідні води



Мал. 47. Вимірювання ромба Міхаеліса

Мал. 48. Місця найчіткішого вислуховування серцевих тонів при різних положеннях плода:

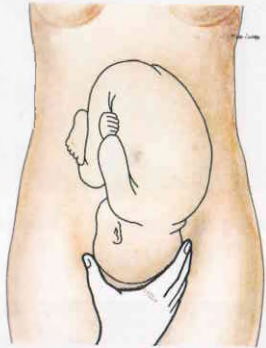
1 — передній вид, I позиція, головне передлежання; 2 — задній вид, I позиція, головне передлежання; 3 — передній вид, II позиція, головне передлежання; 4 — задній вид, II позиція, головне передлежання; 5 — передній вид, I позиція, тазове передлежання; 6 — задній вид, I позиція, тазове передлежання; 7 — передній вид, II позиція, тазове передлежання; 8 — задній вид, II позиція, тазове передлежання



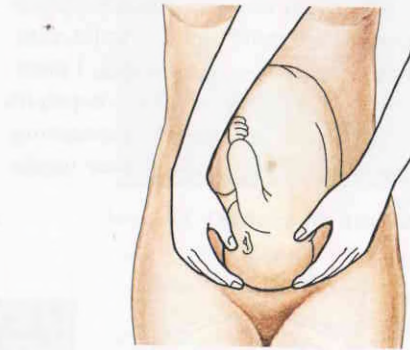
Мал. 49. Перший прийом Леопольда



Мал. 50. Другий прийом Леопольда



Мал. 51. Третій прийом Леопольда



Мал. 52. Четвертий прийом Леопольда



Мал. 53. Обробка зовнішніх статевих органів жінки



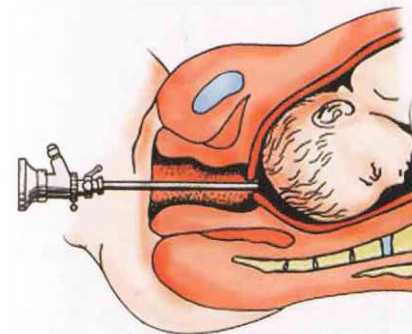
Мал. 54. Внутрішнє акушерське дослідження



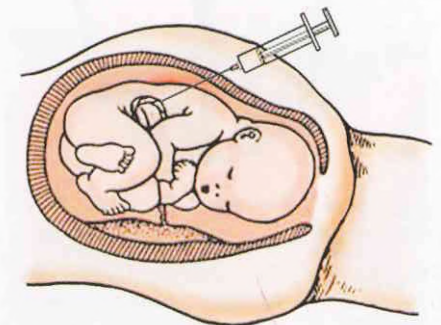
Мал. 55. Гінекологічні дзеркала: МІР і Куско



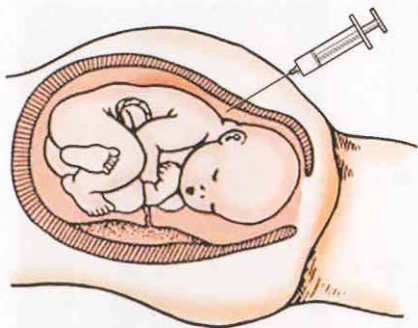
Мал. 56. Ультразвукове дослідження вагітної



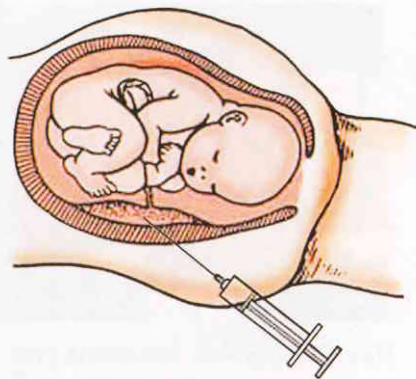
Мал. 59. Амніоскопія



Мал. 60. Кордоцентез



Мал. 61. Амніоцентез



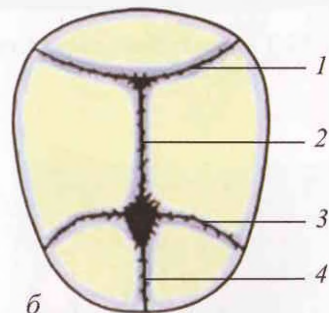
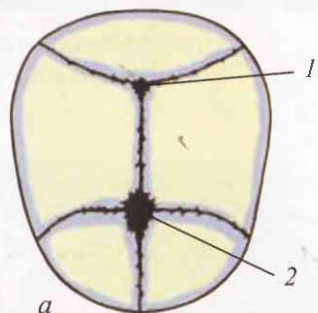
Мал. 62. Хоріонбіопсія
(плацентобіопсія)



Мал. 63. Метод Піскачєка



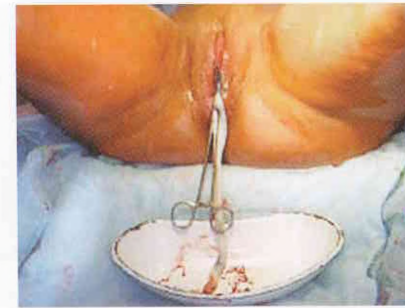
Мал. 64. Метод Гентера



Мал. 65. Тім'ячка та шви черепа новонародженого (вигляд зверху):
 а — тім'ячка: 1 — переднє тім'ячко (*fonticulus magnus, s. anterior*); 2 — заднє тім'ячко (*fonticulus parvus, s. posterior*);
 б — шви: 1 — вінцевий шов (*sutura coronalis*); 2 — стрілоподібний шов (*sutura sagitalis*); 3 — лямбдоподібний шов (*sutura lambdaidea*); 4 — лобовий шов (*sutura frontalis*)



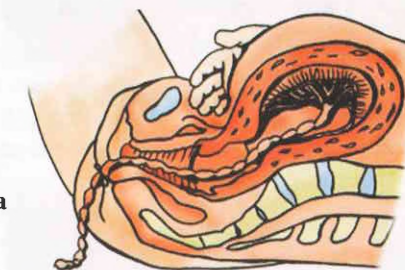
Мал. 66. Ознака Шредера



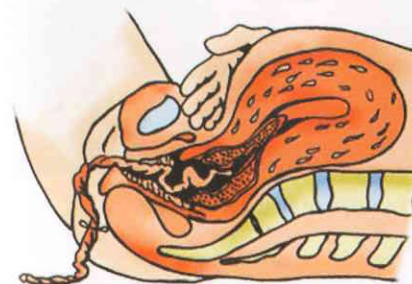
Мал. 67. Ознака Альфельда



Мал. 68. Ознака Клейна



Мал. 69. Ознака відшарування плаценти Кюстнера — Чукалова негативна



Мал. 70. Ознака відшарування плаценти Кюстнера — Чукалова позитивна



Мал. 71. Ознака відшарування плаценти Штрассмана (позитивна)



Мал. 72. Метод «долонь»



Мал. 73. Метод Абуладзе



Мал. 74. Спосіб Креде — Лазаревича



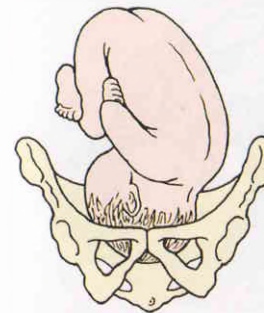
Мал. 75. Народження посліду за варіантом Шультце



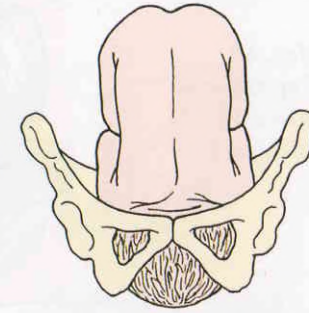
Мал. 76. Відокремлення плаценти за варіантом Дункана



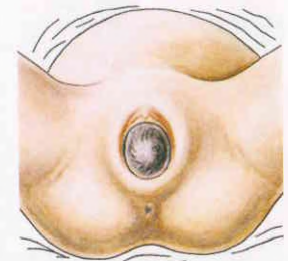
Мал. 77. Виведення оболонок шляхом підняття сідниць (метод Гентера)



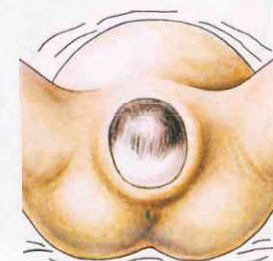
Мал. 78. Схематичне зображення механізму пологів при передньому виді потиличного передлежання плода (I позиція): перший момент (згинання голівки плода)



Мал. 79. Схематичне зображення механізму пологів при передньому виді потиличного передлежання плода (I позиція): другий момент (внутрішній поворот голівки, завершення)



Мал. 80. Врізування голівки плода (голівка показується із соромітної щілини під час потуги)



Мал. 81. Прорізування голівки плода (голівку видно в соромітній щілині і поза потугою)



Мал. 82. Народження голівки плода



Мал. 83. Голівка плода врізується



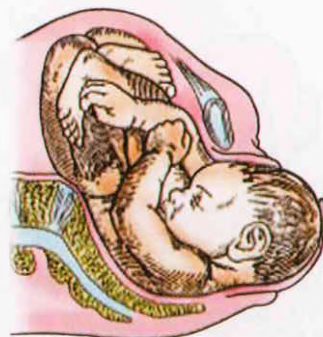
Мал. 84. Зганяння плода при передньому виді потиличного передлежання плода (I позиція): поворот голівки плода личком до правого стегна роділлі



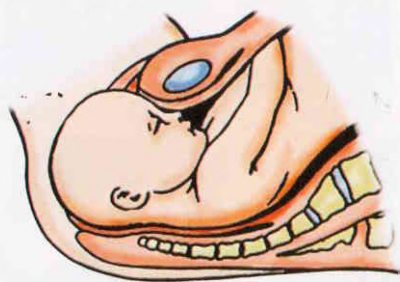
Мал. 85. Народження заднього плечика



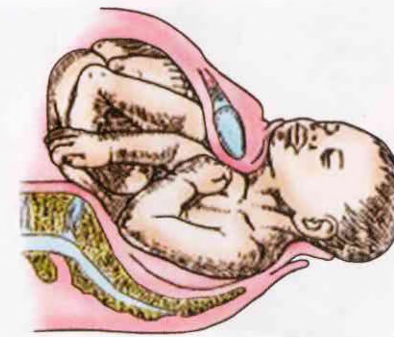
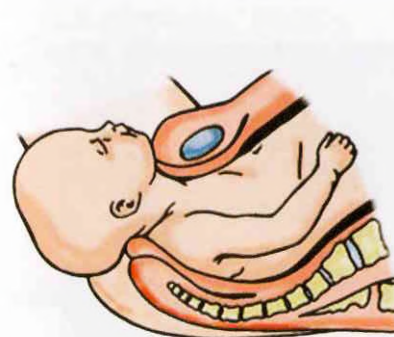
Мал. 86. Народження переднього плечика



Мал. 87. Біомеханізм другого періоду пологів при задньому виді потиличного передлежання (схема): голівка плода у площині виходу з малого таза



Мал. 88. Додаткове згинання голівки при задньому виді потиличного передлежання



Мал. 89. Розгинання голівки при задньому виді потиличного передлежання



Мал. 90. Доліхоцефалічна форма голівки плода



Мал. 91. Перший прийом захисту промежини (запобігання передчасному розгинанню голівки плода)



Мал. 92. Другий прийом захисту промежини (зменшення напруження тканин промежини)



Мал. 93. Третій прийом захисту промежини (виведення голівки плода із соромітної щілини)



Мал. 94. Четвертий прийом захисту промежини (зменшення напруження тканин промежини під час вивільнення переднього та заднього плечика)



Мал. 95. Загроза розриву промежини



a



б

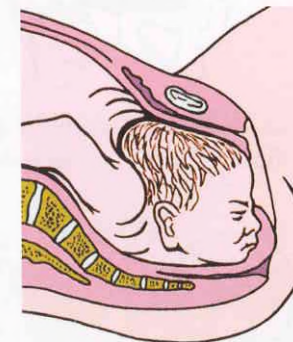
Мал. 96. Розріз промежини:
a — епізіотомія; *б* — перинеотомія



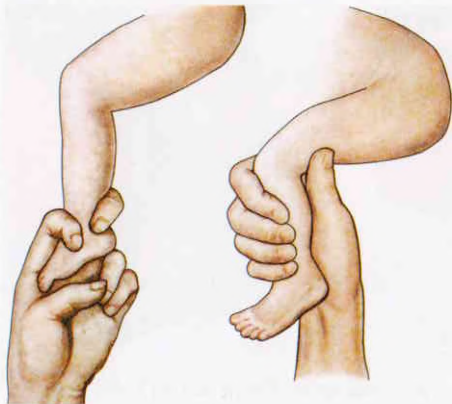
Мал. 97. Брахіцефалічна форма голівки плода, що утворилася в результаті пологів у передньоголовному передлежанні



Мал. 98. Голівка, витягнута в бік лоба внаслідок пологів у лобовому передлежанні



Мал. 99. Схематичне зображення варіанта вставлення голівки плода при лицевому передлежанні — потилиця плода повернена до лобкового симфізу (пологи неможливі!!!)



Мал. 101. Способи захоплення ніжки плода



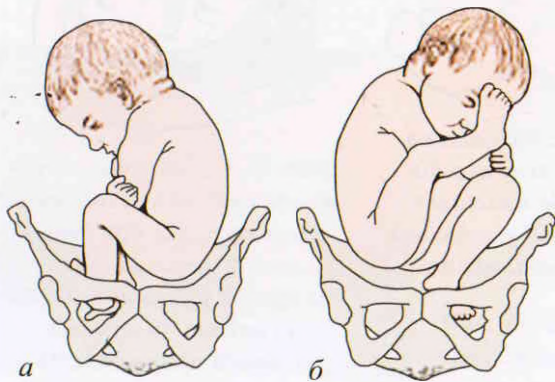
Мал. 102. Поворот плода



Мал. 103. Чисто сідничне передлежання. Перша позиція, задній вид



Мал. 104. Змішане сідничне передлежання



Мал. 105. Ножне передлежання:
а — повне ножне передлежання (до входу в малий таз обернені обидві стопи плода);
б — неповне ножне передлежання (до входу в малий таз обернена одна стопа плода)



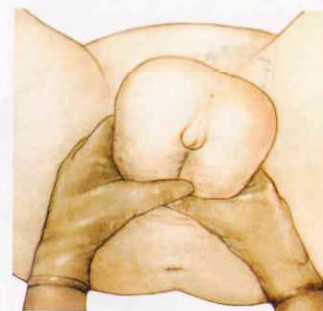
Мал. 107. Сідниці на тазовому дні



Мал. 108. Врізання сідниць



Мал. 109. Прорізування сідниць

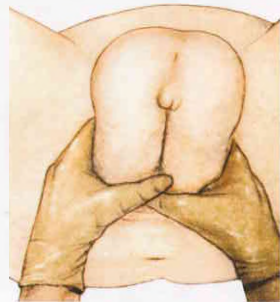


Мал. 110. Ручна допомога за Н.О. Цов'яновим





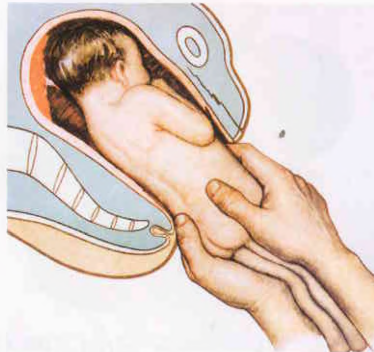
Мал. 111. Ручна допомога за Н.О. Цов'яновим. Народження тулуба до плечового пояса



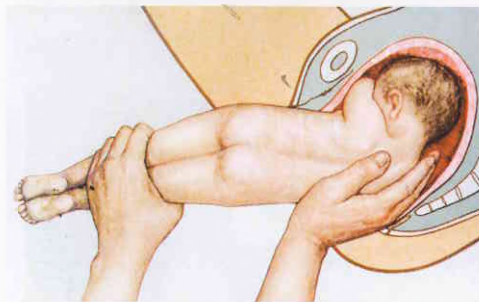
Мал. 112. Переміщення рук при чисто сідничному передлежанні



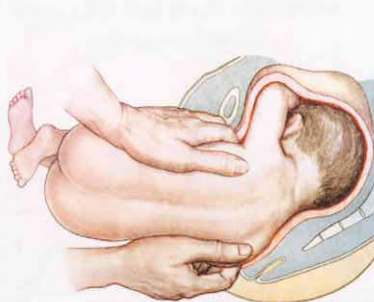
Мал. 114. Виведення голівки плода



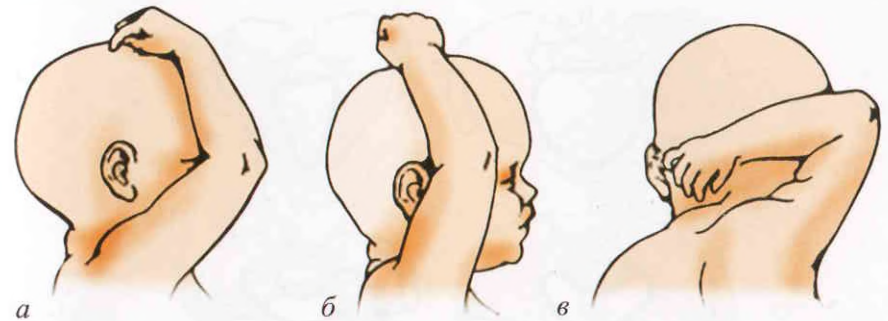
Мал. 117. Виведення плода за тазовий кінець



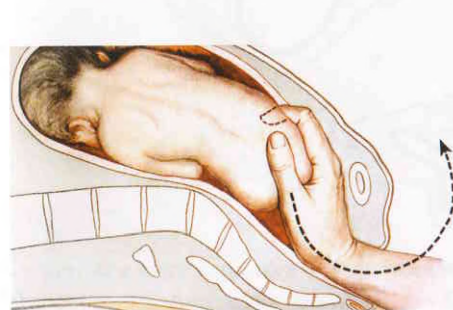
Мал. 118. Звільнення ручки плода



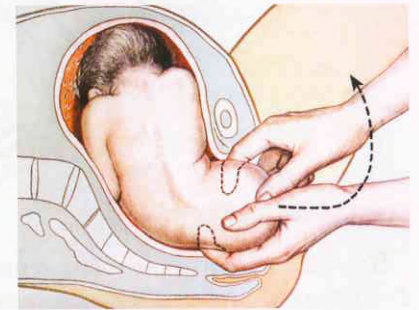
Мал. 119. Переміщення тулуба для виведення ручки



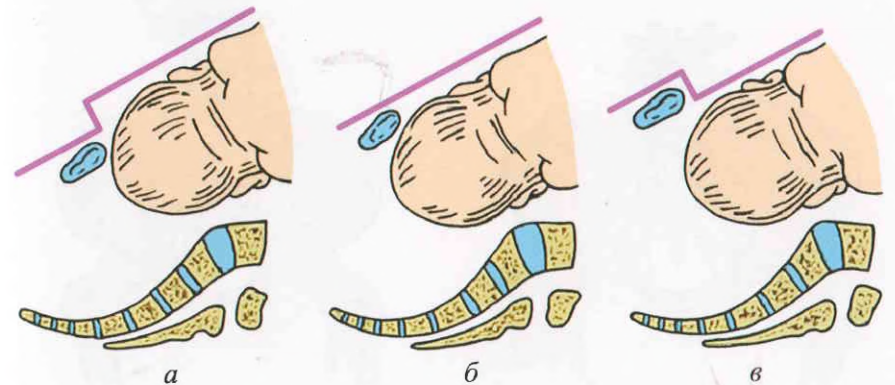
Мал. 120. Три ступені закидання ручки плода:
a — ручка розташовується на личку попереду вушка; *б* — ручка на вушку; *в* — ручка закинута за вушко



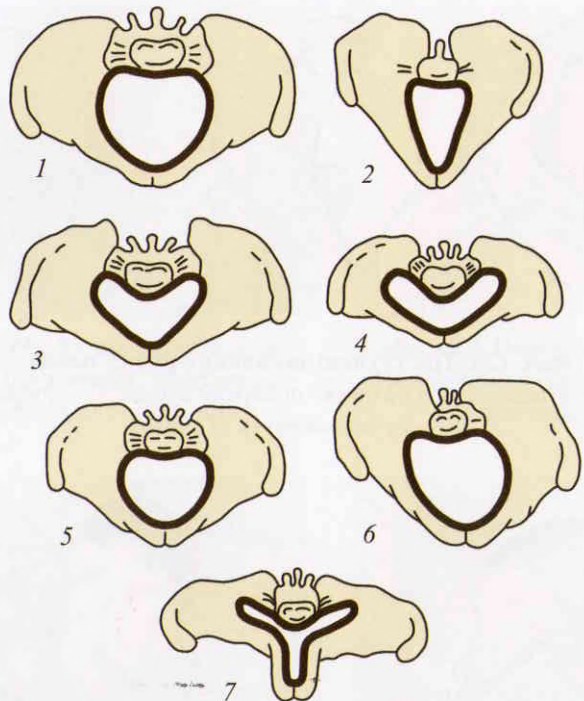
Мал. 121. Витягання плода за пахвинну складку (початковий етап)



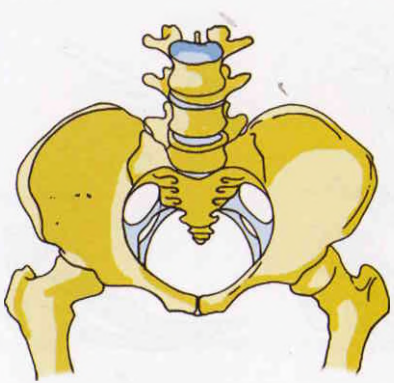
Мал. 122. Витягання плода за пахвинну складку (кінцевий етап)



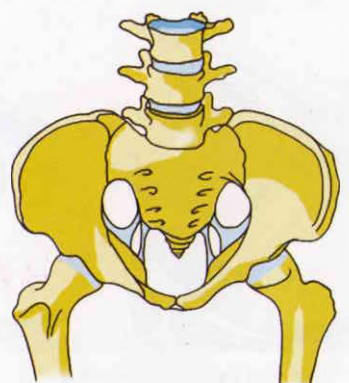
Мал. 126. Ознака Вастена — Генкеля:
a — позитивна; *б* — врівень; *в* — негативна



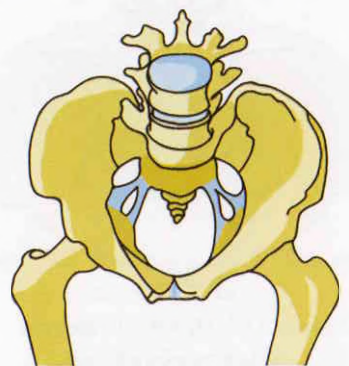
Мал. 127. Схематичне зображення деяких форм вузького таза в жінок: 1 — нормальний таз (для порівняння); 2 — поперечно-звужений; 3 — простий плоский; 4 — плоскорухітичний; 5 — загальнорівномірнозвужений; 6 — косозвужений; 7 — остеомалатичний (жирною лінією показані контури входу в малий таз)



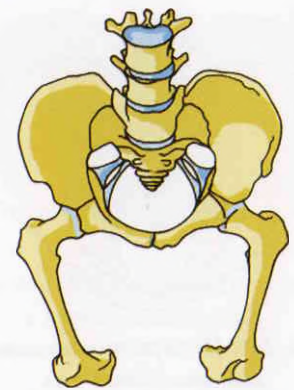
Мал. 128. Загальнорівномірнозвужений таз



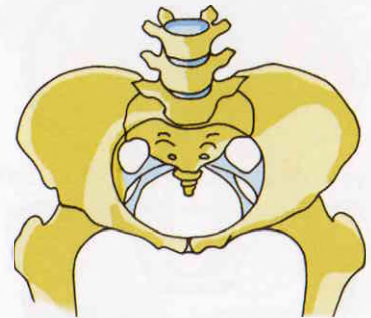
Мал. 129. Інфантильний, або дитячий таз



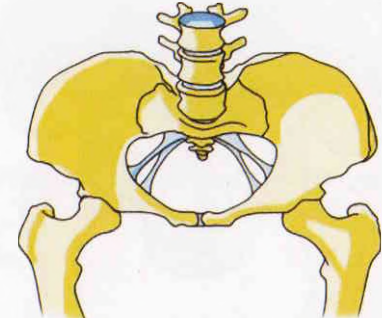
Мал. 130. Таз чоловічого типу



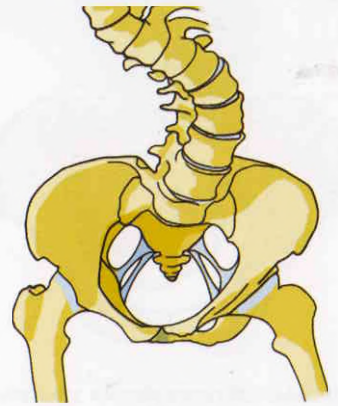
Мал. 131. Карликовий таз



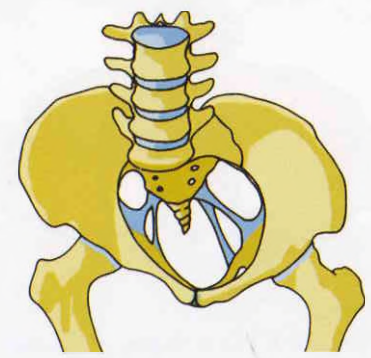
Мал. 132. Простий плоский таз (девентерівський)



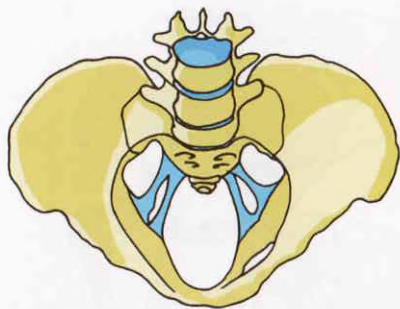
Мал. 133. Плоскорухітичний таз



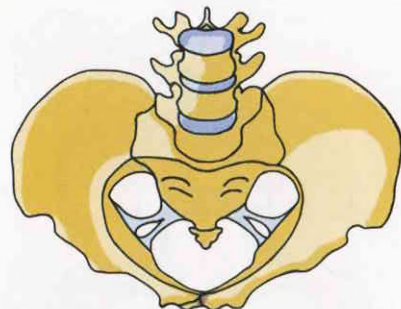
Мал. 134. Косозміщений таз зі сколіозом



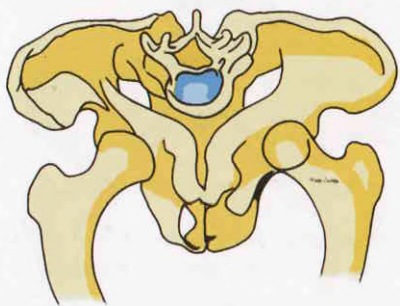
Мал. 135. Косозвужений таз



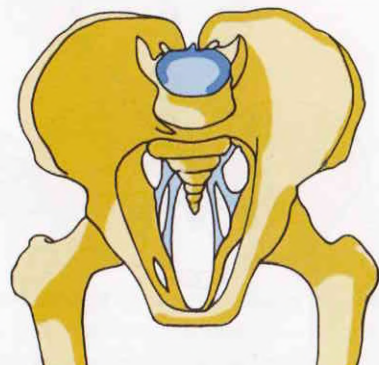
Мал. 136. Поперечно-звужений
лійкоподібний таз



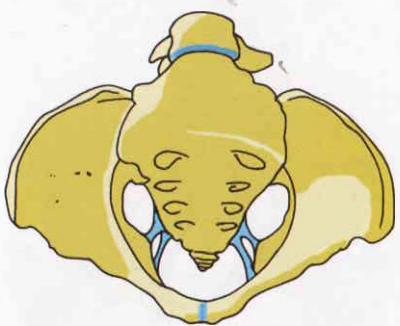
Мал. 137. Прямозвужений
лійкоподібний таз



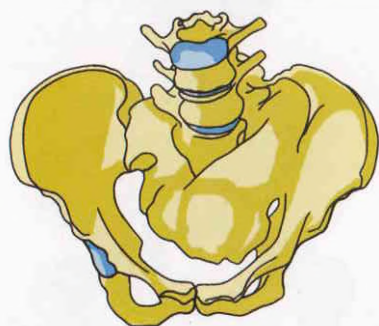
Мал. 138. Спондилолістетичний
таз



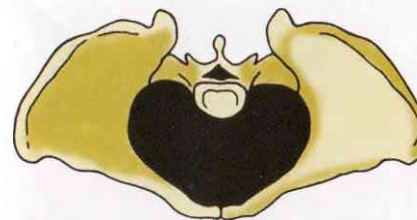
Мал. 139. Анкілотично поперечно-
звужений таз (робертівський)



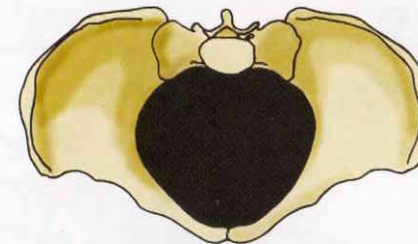
Мал. 140. Таз із деформованою
крижовою кісткою



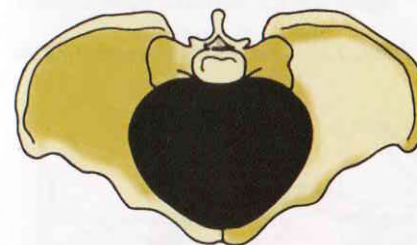
Мал. 141. Остеосаркома крижової
кістки



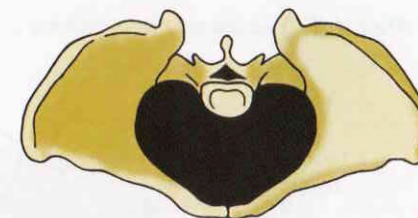
Мал. 142. Вхід до малого тазу при
плоскому тазі



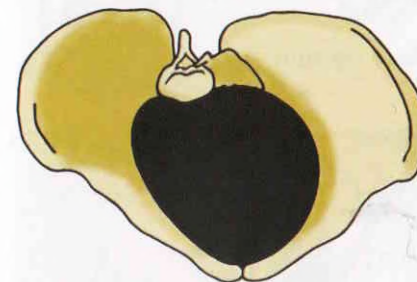
Мал. 143. Вхід до малого тазу при
нормальному тазі



Мал. 144. Вхід до малого тазу при
загальнорівномірнозвуженому
тазі



Мал. 145. Вхід до малого тазу при
загальнозвуженому плоскому
тазі



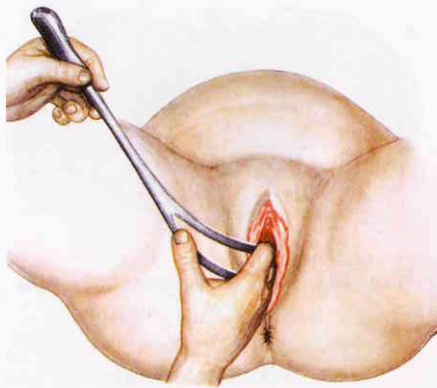
Мал. 146. Вхід до малого тазу при
косозвуженому тазі



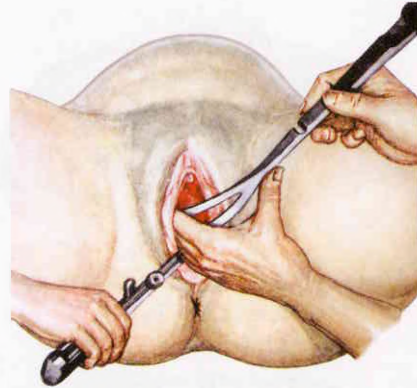
Мал. 147. Вхід до малого тазу при
остеомалятичному тазі



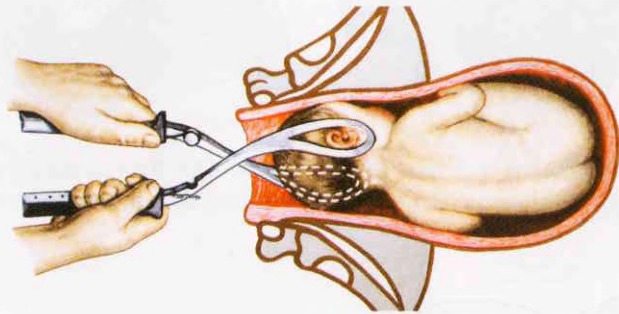
Мал. 148. Акушерські
щипці



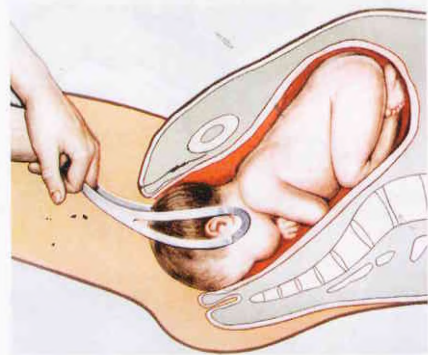
Мал. 149. Уведення лівої ложки



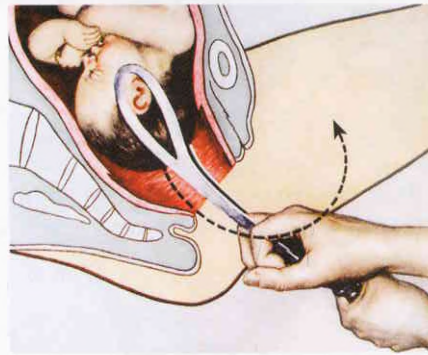
Мал. 150. Уведення правої ложки



Мал. 151. Замикання щипців



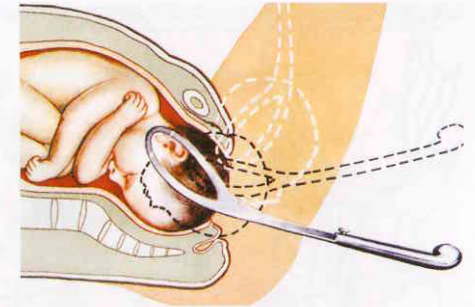
Мал. 152. Виведення голівки плода



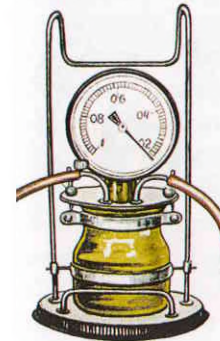
Мал. 153. Тракції за голівку плода



Мал. 154. Виведення голівки при накладанні щипців класичним шляхом



Мал. 155. Спрямування тракцій при вихідних щипцях



Мал. 156. Вакуум-екстрактор



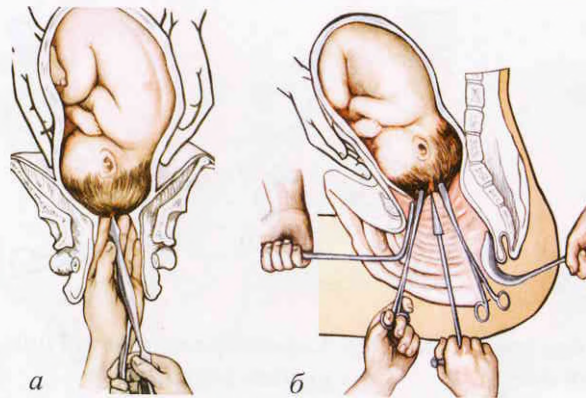
Мал. 157. Аспіратор для родопомочі / вакуум-екстракції плода



Мал. 158. Накладання чашечки на голівку плода



Мал. 159. Тракції під час потуг



Мал. 160. Краніотомія перфоратором (пояснення в тексті)



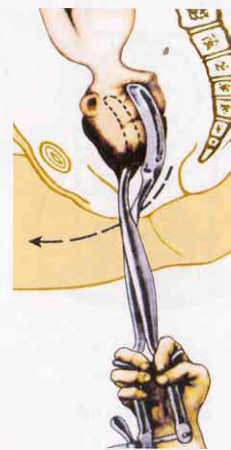
Мал. 161. Уведення внутрішньої ложки



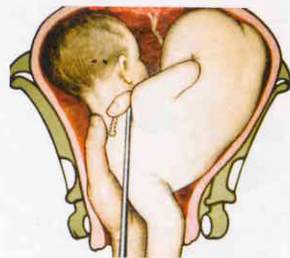
Мал. 162. Уведення зовнішньої ложки



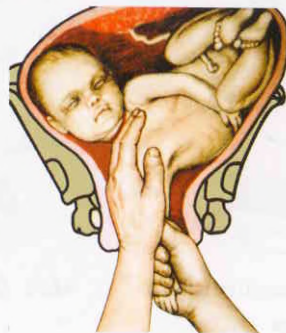
Мал. 163. Замикання ложок краніокласта



Мал. 164. Траєкторія тракцій



Мал. 165. Уведення декапітаційного гачка



Мал. 166. Витягання плода

Біомеханізм пологів при чисто сідничному передлежанні (мал. 106)

Перший момент — вставлення сідниць (стискання та опускання їх), міжвертлюгова лінія перебуває в одному з косих розмірів.

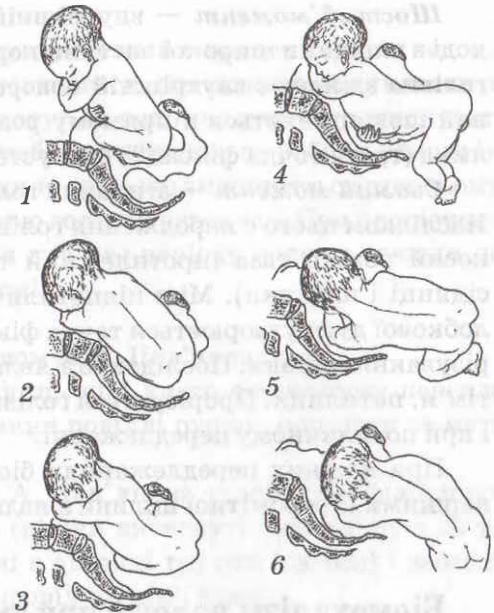
Другий момент — внутрішній поворот сідниць. Починається при переході з широкої у вузьку частину порожнини малого таза, закінчується в площині виходу, коли міжвертлюгова лінія стає в прямому розмірі виходу.

Третій момент — бічне згинання хребта в попереково-крижовому розмірі. Точка фіксації — між нижнім краєм симфізу та краєм клубової кістки передньої сідниці. Спочатку народжується задня сідниця, а потім передня в прямому розмірі (кольор. вкл., мал. 107—109).

У цей час плечики вступають своїм поперечним розміром (*diameter biacromialis* — 12 см, окружність плечового пояса — 35 см) у той самий косий розмір входу в таз, через який пройшли і сідниці. Тулуб повертається спинкою дещо наперед.

Четвертий момент — внутрішній поворот плечиків (з косяго розміру в прямий) та пов'язаний з ним зовнішній поворот тулуба. Плід народжується до пупкового кільця, потім до нижнього кута лопаток.

П'ятий момент — бічне згинання в шийно-грудному відділі хребта. Першою при тазових передлежаннях завжди наро-



Мал. 106. Моменти біомеханізму пологів при сідничному передлежанні: 1 — вставлення сідниць; 2 — опускання сідниць на тазове дно; 3 — прорізування сідниць; 4 — народження сідниць; 5 — народження плечового пояса; 6 — народження голівки

диться передня ручка, потім — переднє плечико, яке стає під симфізом, і утворюється точка фіксації між акроміоном (надплечовим відростком) передньої лопатки плода та лобковим симфізом матері.

Шостий момент — внутрішній поворот голівки. При переході з площини широкої частини порожнини малого таза у вузьку голівка здійснює внутрішній поворот, у результаті якого стріловий шов опиняється в прямому розмірі виходу, а підпотилична ямка (третя точка фіксації) фіксується під лобковим симфізом.

Сьомий момент — згинання голівки навколо точки фіксації. Наслідком цього є народження голівки. Зігнута голівка вступає в косий розмір таза (протилежний тому, через який проходили сідниці і плечики). Між підпотиличною ямкою і нижнім краєм лобкової дуги утворюється точка фіксації, навколо якої і йде прорізування голівки. Послідовно з'являються підборіддя, лице, лоб, тім'я, потилиця. Прорізується голівка малим косим розміром, як і при потиличному передлежанні.

При ножних передлежаннях біомеханізм той самий, тільки першими із соромітної щілини з'являються не сідниці, а ніжки.

Біомеханізм пологів при змішаному сідничному і ножних передлежаннях

Біомеханізм пологів при цих передлежаннях вирізняється тим, що першими із соромітної щілини показуються сідниці з ніжками плода (при змішаному сідничному передлежанні), або ніжки (при повному ножному передлежанні), або ніжка (при неповному ножному передлежанні). В останньому випадку розігнутою (передлеглою) ніжкою буває, як правило, передня.

Місце розміщення пологових пухлин при тазових передлежаннях

Пологова пухлина при чисто сідничному передлежанні виникає на сідницях, які від цього стають набряклими і синьо-багряними. Часто пологова пухлина переходить із сідниць на зовнішні статеві органи плода, що проявляється набряком калитки

або соромітних губ. При змішаному сідничному і ножних передлежаннях пологова пухлина спостерігається на передній ніжці.

Ведення кінця другого періоду пологів при сідничному передлежанні

До прорізування сідниць втручатися в процес пологів не слід. Як тільки сідниці почали вриватися, роділлю краще укласти на поперечне ліжко. Під час потуг їй рекомендують притискувати руками стегна до живота. Особливо важливо це робити наприкінці періоду згання: кут нахилу таза, що зменшується при цьому, сприяє легшому проходженню голівки через таз. При прорізуванні сідниць для прискорення другого періоду пологів завжди показана перинео- або епізіотомія.

Ручна допомога за методом М.А. Цов'янова

Після прорізування сідниць при чисто сідничному передлежанні приступають до надання роділлі ручної допомоги за методом М.А. Цов'янова.

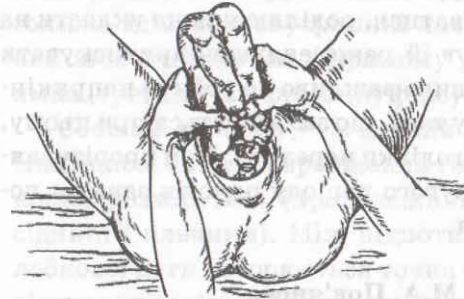
Основна мета методу М.А. Цов'янова — зберегти фізіологічне членорозміщення плода (ніжки витягнуті і притиснуті до тулуба, ручки плода схрещені в ділянці грудної клітки) і забезпечити просування плода по провідній лінії таза.

Ручна допомога при чисто сідничному передлежанні за методом М.А. Цов'янова

При чисто сідничному передлежанні проводять допомогу за методом Цов'янова, який допомагає зберегти правильне членорозміщення плода і забезпечити фізіологічний перебіг періоду згання. Надання допомоги починають з моменту прорізування сідниць. Акушер розміщує руки так, що великі пальці охоплюють стегна плода і притискують їх до тулуба, не даючи розігнутися (кольор. вкл., мал. 110, 111). Решта пальців акушера розміщується на крижах плода.

Щоб уникнути випадіння ніжок плода, великі пальці акушера у міру народження дитини пересуваються вгору (кольор. вкл., мал. 112).

Коли тулуб народився до нижнього кута передньої лопатки, акушер направляє сідниці на себе, вниз і в бік стегна роділлі, щоб полегшити самостійне народження з-під лобкової дуги передньої ручки. Потім тулуб плода круто піднімають вгору на живіт роділлі: народжується задня ручка, і в соромітній щілині показується рот плода.



Мал. 113. Прорізування голівки

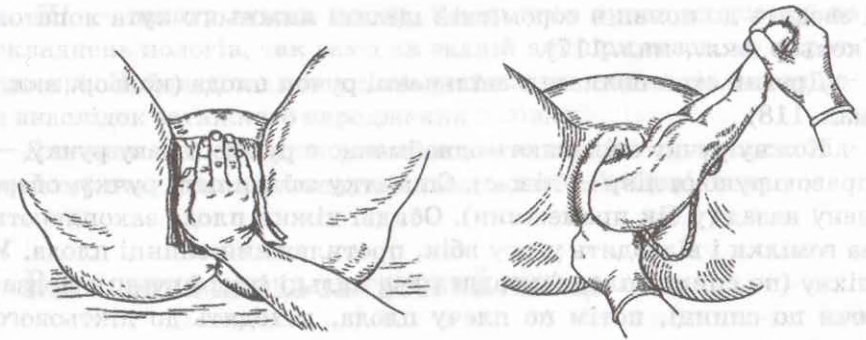
При хорошій пологовій діяльності голівка народжується самостійно (мал. 113).
У разі затримки народження голівки її звільняють спеціальними ручними прийомами (кольор. вкл., мал. 114). Частіше використовують прийом Морісо — Лавре — Лашапель.

Техніка проведення. У ставеві шляхи жінки вводять руку, тулуб плода укладають на передпліччі, у рот плода вводять нігтьову фалангу вказівного пальця (для запобігання розгинанню голівки); вказівним і середнім пальцями іншої (зовнішньої) руки захоплюють плечовий пояс плода і проводять тракції в напрямку, що збігається з провідною віссю таза; коли підпотилична ямка плода підійде під нижній край лобкового симфізу, роблять поворот голівки навколо точки фіксації наперед, при цьому із соромітної щілини показуються підборіддя, лоб і потилиця плода. Помічник при витягуванні голівки чинить на неї легкий тиск зверху через черевну стінку роділлі.

Ручна допомога при ножному передлежанні за методом М.А. Цов'янова

При ножному передлежанні ручна допомога за методом М.А. Цов'янова зводиться до того, щоб не допустити народження ніжок плода до повного розкриття маткового вічка (мал. 115).

Техніка проведення. Соромітну щілину роділлі накривають стерильною пелюшкою, долонною поверхнею правої руки, прикладеної до соромітної щілини, протидіють передчасному народ-



Мал. 115. Ручна допомога за М.А. Цов'яновим

Мал. 116. Народження плечового пояса

женню ніжок. Така протидія виявляється до повного розкриття вічка матки, до цього часу сідниці опускаються на тазове дно: плід ніби сідає навпочіпки, і ножне передлежання переходить у змішане сідничне, м'які пологові шляхи добре розтягуються. Момент, коли слід припинити протидію, визначається тим, що ніжки плода починають виступати з-під долоні акушера. Після повного розкриття вічка матки (про що свідчать сильне випинання промежини, зяяння відхідника, часті і сильні потуги, стояння контракційного кільця на 6—7,5 см вище від верхнього краю лобкового симфізу) протидії ніжкам не створюють, і сідниці, що народжуються вслід за ніжками, і тулуб плода не зустрічають перешкод завдяки добрій підготовленості пологових шляхів. Після народження тулуба до нижніх кутів лопаток плід обережно підтримують за стегна, щоб він не звисав донизу (мал. 116).

Класична ручна допомога при тазовому передлежанні

У разі сповільненого зганяння плода застосовують класичну ручну допомогу, у якій розрізняють три етапи.

Перший етап включає прийоми, що застосовують після народження плода до пупка і які сприяють народженню плода до нижнього кута лопаток: плід захоплюють обома руками в ділянці стегон, тулуб переводять у прямий розмір виходу з малого таза

і зводять до появи в соромітній щілині нижнього кута лопаток (кольор. вкл., мал. 117).

Другий етап полягає в звільненні ручок плода (кольор. вкл., мал. 118).

Кожну ручку звільняють однойменною рукою (праву ручку — правою рукою, ліву — лівою). Спочатку звільняють ручку, обернену назад (у бік промежини). Обидві ніжки плода захоплюють за гомілки і відводять угору вбік, протилежний спинці плода. У піхву (по спинці плода) уводять два пальці іншої руки і, ковзаючи по спинці, потім по плечу плода, доходять до ліктювого згину.

Після цього виводять ручку плода так, щоб вона ковзала по обличчю і грудній клітці (“умивальний” рух), при цьому з піхви спочатку показується лікоть, потім передпліччя і кисть.

Тулуб плода повертають на 180° так, щоб ручка, що залишилася, була обернена назад, після чого її виводять у такий спосіб, як і першу (кольор. вкл., мал. 119).

Третій етап — звільнення голівки плода частіше за допомогою прийому Морісо — Давре — Лашапель (див. кольор. вкл., мал. 114).

Тактика при затримці народження плода до нижніх кутів лопатки

Якщо під час надання допомоги за методом М.А. Цов'янова при чисто сідничному або ножному передлежанні плід народиться до кутів лопаток і подальше просування його припиняється, необхідно відразу приступити до класичної ручної допомоги для звільнення ручок і голівки. У розпорядженні медичного працівника не більше 5 хв.

Ризик виникнення ускладнень при тазових передлежаннях

При тазових передлежаннях можливі ускладнення перебігу пологів: передчасне та раннє вилиття навколоплідних вод, випадіння дрібних частин плода, пуповини, слабкість пологової діяльності, внутрішньоутробна гіпоксія плода, спастичне скорочування внутрішнього вічка шийки матки, ендометрит у пологах, закидання ручок, спазм внутрішнього вічка, утворення заднього виду.

Розрізняють три ступені закидання ручок (кольор. вкл., мал. 120): *I* — ручка закинута попереду вушка, *II* — на рівні вуш-

ка, *III* — позаду вушка плода. Закидання ручок належить до ускладнень пологів, так само як задній вид при тазовому передлежанні. Найчастіше в цих випадках настає тяжка гіпоксія плода внаслідок затяжного народження голівки.

Для запобігання цим ускладненням пологи при чисто сідничному передлежанні ведуть за методом М.А. Цов'янова.

Витягання плода за тазовий кінець

Слід визначити різницю між ручною допомогою та витяганням плода за тазовий кінець.

Ручна допомога — не операція, вона є допомогою при самостійному народженні плода при тазовому передлежанні.

Витягання плода за тазовий кінець — це операція, завдяки якій плід, який перебуває в одному з трьох варіантів тазового передлежання, витягають з пологових шляхів.

Є три види операції витягання плода за тазовий кінець:

- витягання плода за одну ніжку;
- за дві ніжки;
- за пахвинну складку.

Для всіх видів операцій витягання плода за тазовий кінець показання та умови є одними і тими самими.

Показаннями до витягання плода за тазовий кінець є всі ті ускладнення, які вимагають термінового закінчення пологів:

1. Прееклампсія та еклампсія в пологах.
2. Розлади дихання або серцевої діяльності при захворюваннях легень і серцево-судинної системи.
3. Захворювання нирок та інші тяжкі екстрагенітальні захворювання.
4. Підвищення температури тіла під час пологів (ендометрит).
5. Слабкість пологової діяльності.
6. Асфіксія плода.

Умови:

1. Шийка матки повністю відкрита.
2. Плодовий міхур розірваний.
3. Розміри голівки відповідають розмірам таза.
4. Живий плід.

Витягання плода за одну ніжку

Показання: проводиться при неповних ножних передлежаннях.

Техніка проведення.

Етап I — витягання плода до нижнього кута лопаток.

Техніка виконання складається з трьох послідовних моментів.

Перший момент — передню ніжку захоплюють усією рукою, причому великий палець розміщується паралельно довжині гомілки (за Феноменовим), а не переплітається з нею під кутом. Решта пальців охоплюють гомілку спереду (кольор. вкл., мал. 55).

Другий момент — тракціями донизу дістають нижню кінцівку, при цьому потрібно стежити, щоб задня поверхня ніжки була повернута дозад (передній вид). Ніжку в міру витягання захоплюють якомога ближче до соромітної щілини (її можна витягати й обома руками). З-під симфізу народжується ділянка передньої пахвинної складки і крило клубової кістки. Ця ділянка фіксується під симфізом для того, щоб задня сідниця прорізала над промежиною. Потім обома руками передне стегно піднімають доверху, задня сідниця народжується над промежиною. Задня ніжка випадає сама або її витягають.

Третій момент — після народження сідниць хірург переносить руки на плід так, щоб великі пальці розміщувались на крижах, а решта охоплювали стегна. Тракції виконують униз і на себе. Тулуб народжується в косому розмірі, спинкою вперед до симфізу.

Руки не можна розміщувати на животі, оскільки це загрожує ушкодженням органів черевної порожнини. Тракціями на себе тулуб витягають до ділянки нижнього кута лопатки. На цьому закінчується перший етап операції.

Етап II — звільнення плечового пояса. Він складається з двох моментів.

Перший момент — звільнення заднього плечика і ручки. Для цього плід захоплюють рукою за обидві гомілки, а тулуб піднімають доверху і в сторону, паралельно пахвинній складці, протилежній стороні ручки, що звільнюється. Після цього два або чотири пальці (півруки) уводять у пологові шляхи з боку крижової западини, куди повернута спинка плода і де міститься

плечико. Потім опускають пальці до ліктювого згину і виводять ручку до обличчя і передньої поверхні грудей. При цьому плід переводиться у серединне положення. Нерідко слідом за цим народжуються переднє плечико і ручка. Якщо цього не відбувається, приступають до другого моменту.

Другий момент — звільнення переднього плечика і ручки. Для цього передню ручку переводять назад. З цією метою лікар обома руками охоплює тулуб з рукою, що народилася, і повертає у косий розмір, протилежний тому, в якому він перебуває. При цьому необхідно, щоб спинка і потилиця були повернуті вперед (під лобком). Тепер плечико й ручка повернуті назад і їх витягають за допомогою тих самих прийомів, що і задню ручку.

Етап III — звільнення голівки.

Перший момент — згинання голівки. Плід саджають з розкинутими по обидва боки ніжками на передпліччя тієї руки лікаря, яка звільняла останню ручку. Вказівним і безіменним пальцями тієї самої руки обережно притискують верхню щелепу з боків від носика, середній палець переводять до підборіддя (за Смеллі — Файт). Ці самі пальці другої руки притискують до плода з боку спинки. Середнім пальцем тиснуть на потилицю, а інші виделкоподібно розміщують збоку від шиї, не тиснучи на ключицю. Долоня щільно прилягає до спинки плода. Палець, що міститься на підборідді, обережно наближає його до грудей, а представлений до потилиці — тисне на неї. Таке з'єднання рухів зовнішньої і внутрішньої рук призводить до згинання голівки.

Другий момент — прорізування голівки. Голівку витягають спершу донизу, а після появи волосяної частини — горизонтально і доверху. Завдяки цьому над промежиною з'являються рот, ніс, лоб і, нарешті, потилиця. Згинати і виводити голівку можна також за методом Морісо — Левре — Лашапель.

Під час операції витягання плода помічник обережно тисне на дно матки, щоб зберегти правильне членорозміщення плода.

Витягання плода за обидві ніжки

Витягання плода за обидві ніжки виконують при повному ножному передлежанні. Кожну ніжку захоплюють рукою так, щоб великі пальці лежали вздовж литкового м'язу, а інші охоплювали гомілку. У міру витягання плода обидві руки акушера

поступово ковзають по ніжках вгору так, щоб вони весь час розміщувалися поблизу вульви.

Подальше витягання плода проводять у такий самий спосіб, як і при тазовому передлежанні. При мимовільному перебігу пологів спинка зазвичай повертається наперед. За наявності заднього виду акушер повинен спробувати повернути плід спинкою наперед.

Витягання плода за пахвинну складку

Вказівний палець однойменної руки вводять у відповідну пахвинну складку. Великий палець накладають на крижі по всій їх довжині (кольор. вкл., мал. 121, 122).

Під час операції витягання за сідниці слід допомагати собі другою рукою, захоплюючи нею променево-зап'ястковий суглоб першої руки. Захопивши таким чином тазовий кінець плода, намагаються підвести передню сідницю під нижній край симфізу.

Тракції проводять під час потуги, їх напрямок залежить від положення сідниць: при положенні їх не нижче 2 см від міжспінальної лінії перші тракції проводять круто вниз "на носки", при положенні в порожнині малого таза — "на коліна", при положенні на тазовому дні — "на себе".

Будь-які спроби вивести ніжку, якщо сідниці перебувають глибоко в тазі, є медичною помилкою, яка призводить до переломів стегна.

NB! Тягнучу силу вказівного пальця спрямовують на таз плода, а не на стегнову кістку з метою зменшення ризику її переломів.

Тестові завдання

1. Ніжки плода зігнуті в тазостегнових суглобах і розігнуті в колінних відповідають тазовому предлежанню:

- A. Неповному ножному.
- B. Змішаному сіднично-ножному.
- C. Повному колінному.
- D. Повному ножному.
- E. Чисто сідничному.

2. Варіант тазового передлежання плода, якщо передлежать сідниці і стопи плода, а ніжки зігнуті в кульшових і колінних суглобах:

- A. Неповне ножне.
- B. Змішане сіднично-ножне.
- C. Повне колінне.
- D. Чисто сідничне.
- E. Повне ножне.

3. Варіант тазового передлежання діагностують:

- A. У II триместрі вагітності.
- B. У III триместрі вагітності.
- C. При доношеній вагітності.
- D. При піхвовому дослідженні під час пологів.
- E. Усе правильно.

4. Для діагностики тазового передлежання інформативні зовнішні прийоми Леопольда — Левицького:

- A. Перший і другий.
- B. Другий і третій.
- C. Перший і третій.
- D. Другий і четвертий.
- E. Перший і четвертий.

5. При чисто сідничному передлежанні плода, ранньому вилитті навколоплідних вод і випадінні пуповини показане термінове завершення пологів за допомогою операції:

- A. Перинеотомії.
- B. Екстракції плода за тазовий кінець.
- C. Кесарева розтину.
- D. Накладання акушерських щипців.
- E. Зовнішнього профілактичного повороту плода.

6. Ускладненнями в першому періоді пологів при тазовому передлежанні є:

- A. Раннє вилиття навколоплідних вод.
- B. Слабкість пологової діяльності.
- C. Випадіння пуповини.
- D. Внутрішньоутробна гіпоксія плода.
- E. Усе перераховане.

7. Найчастіше ускладнення в першому періоді пологів при тазовому передлежанні плода:

- A. Раннє відходження вод.
- B. Слабкість пологової діяльності.
- C. Випадіння петель пуповини.
- D. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти.
- E. Розрив шийки матки.

8. Найтяжчим ускладненням в другому періоді пологів при тазовому передлежанні плода є:

- A. Слабкість пологової діяльності.
- B. Випадіння пуповини.
- C. Випадіння ніжки плода.
- D. Травматизація плода.
- E. Розрив промежини.

9. Найтяжче ускладнення в період вигнання при тазовому передлежанні плода є:

- A. Вторинна слабкість пологової діяльності.
- B. Спазм внутрішнього вічка.
- C. Закидання ручок і розгинання голівки.
- D. Внутрішньоутробна гіпоксія плода.
- E. Розрив промежини.

10. Надання ручної допомоги за М.А. Цов'яновим при чисто сідничному передлежанні починають з моменту:

- A. Врізування сідниць.
- B. Народження плода до пупка.
- C. Народження плода до нижнього кута лопаток.
- D. Прорізування сідниць.
- E. Народження плечового поясу.

Задачі

1. Висота стояння дна матки — 32 см. Окружність живота — 89 см. Положення плода поздовжнє, над входом — велика частина плода м'якуватої консистенції, у дні матки також велика більш щільна частина плода. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 138 за 1 хв, справа вище пупка. Розміри таза 25—28—30—20.

Встановіть діагноз. Ваша тактика.

2. Встановіть послідовність:

Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода:

1. Бічне згинання шийно-грудного відділу хребта.
2. Внутрішній поворот плечиків.
3. Внутрішній поворот сідниць.
4. Бічне згинання поперекової ділянки хребта.
5. Згинання голівки.
6. Внутрішній поворот голівки.

3. Знайдіть відповідність:

Членорозміщення плода:

Вид тазового передлежання:

- | | |
|---|---|
| 1) ніжки зігнуті в кульшових суглобах і розігнуті в колінних, витягнуті вздовж тулуба; | а) неповне, ножне; |
| 2) передлежать сідниці і ніжки плода, ніжки зігнуті в кульшових і колінних суглобах; | б) повне колінне передлежання; |
| 3) передлежить одна ніжка, розігнута в кульшовому і колінному суглобах, друга — зігнута в кульшовому суглобі і лежить вище; | в) змішане сіднично-ножне передлежання; |
| 4) передлежать розігнуті обидві ніжки в колінних і кульшових суглобах. | г) чисто сідничне; |
| | г) повне ножне. |

Еталони відповіді:

1 — E, 2 — B, 3 — D, 4 — C, 5 — C, 6 — E, 7 — A, 8 — D, 9 — C, 10 — D.

Задача 1. Тазове передлежання плода.

Тактика — пологи можливі через природні пологові шляхи.

Задача 2. 3, 4, 2, 1, 6, 5.

Задача 3. 1 г, 2 в, 3 а, 4 г.

Розділ 11

АКУШЕРСЬКИЙ ПОВОРОТ

Операція, за допомогою якої плід повертають у поздовжнє положення, називається *акушерським поворотом*.

Показання:

- 1) поворот для виправлення патологічного положення;
- 2) поворот як попередня операція для наступної екстракції плода.

Види повороту:

- a) на голівку;
- b) на ніжку.

Класифікація поворотів:

- 1) зовнішній профілактичний;
- 2) зовнішньо-внутрішній.

Зовнішній профілактичний поворот плода на голівку за методом Б.А. Архангельського

Це поворот на 35—36-му тижні вагітності з метою повертання плода в поздовжнє головне передлежання (мал. 123).

Показання:

- 1) поперечне і косо положення плода;
- 2) сідничні передлежання.

Умови:

- 1) термін вагітності при сідничному передлежанні — 33—34 тиж. вагітності, при поперечному — від 34 тиж.;
- 2) живий плід;
- 3) добре серцебиття плода;

Зовнішній поворот при сідничному передлежанні

- 4) точна діагностика позиції, виду, положення плода;
- 5) цілість навколоплідних вод (забезпечують рухливість плода);
- 6) відсутність напруження передньої черевної стінки;
- 7) згода вагітної на поворот;
- 8) спорожнення сечового міхура й кишок перед поворотом;
- 9) кваліфікований лікар;
- 10) маніпуляцію виконувати на твердому ліжку.

Протипоказання:

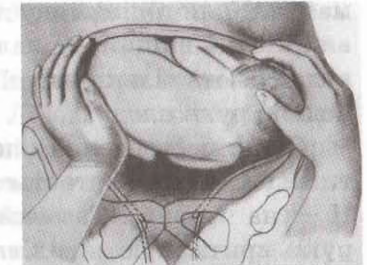
- 1) вузький таз II, III, IV ступеня;
- 2) багатоводдя;
- 3) загроза передчасних пологів;
- 4) передлежання плаценти;
- 5) обмежена рухливість плода;
- 6) пухлини і рубці матки.

Техніка виконання. Сідниці зміщують у бік спинки, а спинку — у бік голівки.

Проводять поворот як у стаціонарі, так і амбулаторно.

Методика операції:

- 1) спорожнюють сечовий міхур і кишки;
- 2) підшкірно вводять 1 мл 2 % розчину промедолу або внутрішньом'язово 5 мл баралгіну. Вагітна лежить на спині із зігнутими ногами;
- 3) лікар сідає справа від жінки і кладе одну руку на голівку, іншу — на тазовий кінець плода. При поперечному передлежанні переднього і заднього виду достатньо повернути плід на 90°, щоб голівка була над входом у малий таз. Якщо передлежить спинка, то спочатку плід переводять у сідничне передлежання, а потім у головне.



Мал. 123. Зовнішній поворот на голівку

Зовнішній поворот при сідничному передлежанні

Розрізняють такі моменти:

Перший момент. Руку заводять між передлеглою частиною і входом у малий таз, щоб тазовий кінець підняти вгору. Захоплюють тазовий кінець і відводять у бік спинки: при I позиції — вгору і вліво, при II — вгору і вправо.

Другий момент. Однією рукою утримують тазовий кінець, а другою поштовхоподібними рухами відводять голівку в напрямку животика. Коли при зміщенні голівки відчують утруднення, то її утримують у такому стані, а тазовий кінець переміщують угору. Так по чергово переміщуються голівка і тазовий кінець.

Третій момент. Поворот продовжують після розслаблення матки. Коли голівка опустилася нижче горизонтальної осі і тазовий кінець вищий, то пальці обох рук кладуть на голівку і далі надавлюють тільки на неї. Повороту сприяють також поштовхоподібні рухи плода.

Після переведення плода в косе положення вагітна із зігнутими ногами повертається на бік (при I позиції — на лівий, при II — на правий). Тазовий кінець залишають вільним, а ребром руки притискують голівку в ділянці потилиці. Вагітна трохи відпочиває (для розслаблення м'язів), тоді робить глибокий вдих, приводить ліву зігнуту ногу до живота і, притискуючи її лівою рукою, робить видих. Ногу витягує і вдихає. Такі плавні рухи ноги проводити доти, доки голівка не переміститься до входу в малий таз. Рука постійно зміщується за голівкою. Жінка повертається знову на спину, лікар вислуховує серцебиття.

Четвертий момент. Руки кладуть на бічні поверхні черевної стінки і здійснюють рухи, що нагадують другий прийом Леопольда.

Однією рукою натискають, а пальцями іншої руки проводять легкі рухи, починаючи від дна матки і в напрямку входу в малий таз. Так по чергово роблять правою і лівою руками.

П'ятий момент. Голівку декілька хвилин утримують над входом у малий таз.

Жінка повертається із зігнутими ногами на бік позиції плода і лежить 10—15 хв. Під попереком кладуть згорнутий у валик рушник (запобігає поверненню в попереднє положення). Дрібні частини плода самостійно розміщуються.

Перші 4 год після повороту вагітна перебуває в ліжку, потім дотримується звичайного режиму.

Після зовнішнього повороту для утримання голівки на жінку надягають спеціальний бандаж з валиками. Бандаж вагітна носить 3—4 доби, а якщо плід дуже рухливий, то до початку пологів.

Зовнішній поворот на голівку при поперечному передлежанні

Якщо спинка повернута до дна матки, то поворот проводять по короткому шляху — на 90°.

Якщо спинка повернута до входу в малий таз, то плід переводять на 270°. Спочатку з поперечного положення повертають у поздовжнє.

Техніка виконання. Акушер сідає справа (при I позиції), повернутий спиною до обличчя вагітної. Лівою рукою періодично натискають на голівку, а правою тазовий кінець по чергово переміщують до входу в малий таз. Далі поворот на голівку за методикою, описаною для тазових передлежань.

Через можливість травм плода і матки при повороті на 270°, особливо при дворогій або сідлоподібній матці, автори рекомендують повороти при поперечному положенні з повернутою до входу в малий таз спинкою тільки на 90°. Голівку переміщують у бік спинки, а тазовий кінець — у бік животика. На тазовий кінець тиснуть з більшою силою. Поворот на 90° більш шадний і до розгинальних передлежань не призводить.

Голівка, як правило, зберігає зігнуте положення через протидію з боку стінок матки. Щоб не притупити чутливість жінки і цим самим не допустити розриву матки, плодового міхура та відшарування плаценти, І.І. Грищенко і А.Є. Шулешова при профілактичному повороті наркоз не призначають.

Після профілактичного повороту відзначають зниження кровотечі — до 4 % (у контрольній групі — 12,5 %) і перинатальної смертності — до 1,2 % (без повороту — 12,6 %).

Класичний зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку

Показання:

- 1) поперечне або косе положення плода;
- 2) випадіння ручки при головному передлежанні;
- 3) випадіння пуповини при головному передлежанні;

4) неправильне вставлення голівки (наприклад, лобове, задній вид лицевого, задне тім'яне (літцманівське));

5) загроза внутрішньоутробної асфіксії плода;

6) загроза стану здоров'я матері (декомпенсація серцевої діяльності, пневмонія, тяжка форма туберкульозу, еклампсія).

Умови:

1) живий плід і добра його рухливість у матці;

2) відповідність розмірів голівки плода і таза;

3) повне відкриття шийки матки;

4) цілий плодовий міхур або тільки що відійшли води.

Протипоказання:

1) запущене поперечне положення, при якому має місце повна нерухомість плода;

2) загроза розриву матки;

3) вузький таз (при справжній кон'югаті менше ніж 8 см);

4) мертвий плід;

5) давнє вилиття навколоплідних вод і погана рухливість плода.

Методика операції. Попередньо проводять спорожнення сечового міхура і прямої кишки.

Операцію виконують під наркозом у 3 етапи:

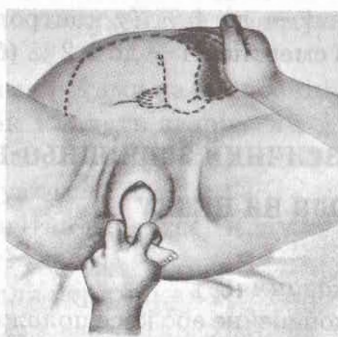
1) уведення руки в порожнину матки;

2) відшукування, вибір і захоплення ніжки плода (мал. 124);

3) власне поворот плода з витяганням ніжки до підколінної ямки (мал. 125).



Мал. 124. Захоплення ніжки плода



Мал. 125. Витягання ніжки до підколінної ямки

Уведення руки в порожнину матки. Пальцями лівої руки розсувають соромітні губи, а праву руку, складену у вигляді руки акушера, вводять у піхву і порожнину матки. При цілому плодovому міхурі його розривають.

При I позиції краще вводити ліву руку, а при II позиції — праву.

Н.Н. Феноменов рекомендував вводити ту руку, якою краще маніпулюємо і яка сильніша.

Техніка виконання. Рукою, уведеною в порожнину матки, відсувають голівку в бік позиції (вліво — при I і вправо — при II позиції), а зовнішньою рукою захоплюють сідниці і відводять униз.

Відшукування, вибір і захоплення ніжки плода. У порожнині матки відшукують ніжку, що можна робити двома шляхами;

а) довшим (французьким), коли спочатку знаходять голівку, потім ковзними рухами по бічній поверхні доходять до сідничок і ніжок;

б) коротким (німецьким), коли одразу йдуть рукою вбік, де є ніжки.

При задньому виді вибираємо верхню ніжку, при передньому виді — нижню. При головних передлежаннях відшукуємо передню ніжку.

Буде помилкою, коли замість ніжки вивести ручку.

Слід пам'ятати, що на ручці пальці довгі, великий палець відводиться, відзначається хапальний рефлекс; на ніжці пальці короткі, великий палець не відводиться, промацується п'ятковий горб.

Захоплення ніжки можна здійснити:

а) повною рукою (кращий варіант);

б) двома (вказівним і середнім) пальцями.

Захоплену ніжку обережно витягують, а зовнішньою рукою відводять голівку до дна матки.

Розділ 12

ВУЗЬКИЙ ТАЗ

Анатомічно вузький таз — це такий таз, у якого всі або один із головних розмірів зменшений на 1,5—2 см і не менше. Це поняття анатомічне і стосується періоду як до вагітності, так і під час вагітності.

Під терміном “клінічно вузький таз” розуміємо невідповідність між розмірами голівки плода і тазом роділлі, незалежно від розмірів останнього. Найчастішою причиною клінічно вузького таза є великі розміри плода.

Це поняття клінічне і визначається під час пологів при добрій пологовій діяльності, вилитих водах та достатньому розкритті шийки матки, при голівці, що вставилась.

Діагностичні ознаки клінічно вузького таза

Якщо зовнішня кон'югата 18 см та менше, таз вважають анатомічно вузьким. У такому разі необхідно провести додаткові вимірювання для вирішення питання щодо клінічної відповідності таза розмірам плода та можливості пологів через природні пологові шляхи.

Особливості механізму пологів:

- 1) виражена конфігурація голівки плода;
- 2) ознаки Вастена — Генкеля та Цангемейстера є позитивними (кольор. вкл., мал. 126);
- 3) відсутність руху голівки при повному відкритті шийки матки та енергійній пологовій діяльності;

- 4) симптоми притискання сечового міхура;
- 5) симптоми загрози розриву матки.

Додаткові вимірювання:

- 1) окружність живота;
- 2) окружність таза;
- 3) окружність променево-зап'ясткового суглоба (індекс Соловйова);
- 4) форма та розміри ромба Міхаеліса;
- 5) висота симфізу;
- 6) два розміри виходу з малого таза;
- 7) бічні кон'югати;
- 8) діагональна кон'югата;
- 9) косі розміри великого таза;
- 10) справжня кон'югата;
- 11) розміри плода (довжина, маса, прямий розмір голівки).

Найпоширеніші види вузького таза за формою звуження (кольор. вкл., мал. 127):

1. Загальнорівномірнозвужений (*pelvis aequabiliter justa minor s. nimisparva*; кольор. вкл., мал. 128):

— інфантильний, або дитячий (*pelvis infantili*; кольор. вкл., мал. 129);

— чоловічого типу (*pelvis virilis*; кольор. вкл., мал. 130);

— карликовий (*pelvis nana*; кольор. вкл., мал. 131).

2. Плоский таз (*pelvis plana*):

— простий плоский таз, нерахітичний, девентерівський (*pelvis plana simplex s. Deventeri*; кольор. вкл., мал. 132);

— плоскорахітичний таз (*pelvis plana rachitica*; кольор. вкл., мал. 133).

3. Загальнозвужений плоский таз (*pelvis nimis parva et plana*).

Форми таза, які трапляються рідко:

1. Косозміщений, косозвужений (*pelvis koksalgica*; кольор. вкл., мал. 134, 135).

2. Лійкоподібний (*pelvis infundibulitica*; кольор. вкл., мал. 136, 137).

3. Кіфотичний (*pelvis cifotica*).

4. Спондилолістетичний (*pelvis spondilolistica*; кольор. вкл., мал. 138).

5. Остеомалатичний (*pelvis osteomalatica*).

6. Поперечно-звужений таз, робертівський (*pelvis transversa*; кольор. вкл., мал. 139).

7. Таз, звужений пухлинами та екзостозами (*pelvis et ectostosis, tumoris*; кольор. вкл., мал. 140, 141).

Розрізняють 4 ступені звуження:

I — справжня кон'югата (*conjugata vera*) менша ніж 11, більша ніж 9 см.

II — справжня кон'югата менша ніж 9, більша ніж 7 см.

III — справжня кон'югата менша ніж 7, більша ніж 5 см.

IV — справжня кон'югата дорівнює 5 см і менше.

Різним формам таза відповідають і різні особливості форми входу в малий таз (кольор. вкл., мал. 142—147).

Тактика розродження при різних ступенях звуження різна. При I ступені звуження та середніх розмірах плода пологи ведуть очікувально, ретельно спостерігаючи за їх динамікою, станом роділлі і плода.

NB! При II та III ступенях звуження показаний плановий кесарів розтин, а при мертвому плоді — плодоруйнівна операція. Повоги через природні пологові шляхи при III та IV ступенях звуження неможливі; IV ступінь звуження таза, незалежно від стану пліда, є абсолютним показанням до операції кесаревого розтину.

Біомеханізм пологів при загально-рівномірнорозвуженому тазі

Загальнорівномірнорозвужений таз — таз, усі розміри якого зменшені на однакову величину. Наприклад: нормальний таз — 25—28—31—20 см; загальнорівномірнорозвужений таз — 22—25—28—17 см.

Біомеханізм пологів при загальнорівномірнорозвуженому тазі такий самий, як і при нормальних розмірах таза, але кожний з моментів більш різко виражений. Проходження голівки при вузькому тазі у зв'язку з максимальним згинанням і доліхоцефалічною конфігурацією потребує більше часу, ніж при нормальному тазі.

Особливості біомеханізму:

1) максимальне згинання голівки при вході в малий таз;

2) вставлення голівки при вході в малий таз стріловим швом у косому розмірі;

3) різко виражена доліхоцефалічна конфігурація голівки;

4) фіксація голівки плода підпотиличною ямкою відбувається не до нижнього краю симфізу, а біля гілок лобкової кістки, що призводить до більшої травматизації промежини.

Біомеханізм пологів при загальнорівномірнорозвуженому (інфантильному, карликовому) тазі складається з 4 моментів.

Перший момент — вставлення і максимальне згинання голівки плода.

Голівка своїм стріловим швом інколи вставляється в поперечний, а в більшості випадків — у косий розмір площини входу в малий таз. У зв'язку з рівномірним зменшенням усіх розмірів таза в площині входу в малий таз відбувається максимальне згинання голівки до малого косоного розміру, мале тім'ячко опускається донизу першим, займає центральне положення (асинклітизм Редерера) або навіть на провідній осі таза. Що менше розміри таза і що довше вставлення голівки в площину входу в малий таз, то більше виражена зміна форми голівки плода. У деяких випадках пологова пухлина голівки опускається на тазове дно, а череп ще розміщений у площині входу в малий таз.

Другий момент — внутрішній поворот голівки плода здійснюється так, як і при нормальних розмірах таза.

Потрібно звернути увагу на доліхоцефалічну форму голівки, що інколи займає всю піхву, опускаючись своєю верхівкою на тазове дно і зумовлюючи псевдопотуги.

Третій момент — розгинання голівки плода відбувається не так, як при нормальних розмірах таза. При фізіологічних пологах, коли лобковий кут прямий, утворюється точка фіксації між підпотиличною ямкою і нижнім краєм симфізу. При загальнорівномірнорозвуженому тазі лобковий кут гострий, і тому виникають дві точки фіксації, навколо яких і відбувається розгинання голівки, унаслідок чого вона відсовується назад, підвищує тиск на промежину і спричинює її розриви. Дуже зігнута голівка, врізуючись і прорізуючись, розгинається довше, ніж це буває при нормальних розмірах таза, коли вона трохи зігнута. Незважаючи на те що голівка народжується в стані максимального згинання і конфігурації, травматизм пологових шляхів значний, тому краще зробити центрально-латеральну правобічну епізіотомію.

Четвертий момент — внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки плода відбуваються, як при нормальних розмірах таза.

Біомеханізм пологів при поперечно-звуженому тазі

Поперечно-звужений таз характеризується зменшенням поперечних розмірів таза на 0,5—1 см і більше при нормальному (або збільшеному) розмірі справжньої кон'югати. Діагноз встановлюють при УЗД, оскільки клінічні ознаки, у тому числі й вимірювання великого таза, недостатньо інформативні. Діагностичне значення має зменшення поперечного розміру ромба Міхаеліса.

Особливості біомеханізму

При поєднанні зменшення поперечних розмірів таза зі збільшенням справжньої кон'югати нерідко утворюється *високе пряме стояння голівки*.

Якщо потилиця спрямована до симфізу, голівка невелика, пологова діяльність добра, голівка сильно згинається, проходить у зігнутому стані (стріловий шов у прямому розмірі) через усі площини таза і народжується, як при передньому виді потиличного передлежання.

Якщо потилиця обернена назад, повернення зігнутої голівки на 180° може статися в порожнині таза (лише при невеликій голівці та енергійній пологовій діяльності), і вона прорізується в передньому або задньому виді. При високому прямому стоянні голівки (особливо при задньому виді) виникають ускладнення, які є показанням до кесаревого розтину.

Біомеханізм пологів при передньому виді вставлення голівки в поперечно-звужений таз

Перший момент — згинання голівки плода. Перед початком пологів спостерігається високе пряме стояння стрілового шва. Після розриву плодового міхура або початку пологової діяльності

голівка своїм стріловим швом вставляється в прямий розмір площини входу в малий таз так, щоб мале тім'ячко було біля симфізу. Тут відбувається згинання голівки тим сильніше, чим коротша справжня кон'югата. Завдяки цьому утворюється доліхоцефалічна форма голівки і мале тім'ячко стає провідною точкою. Минувши площину входу, широкую і вузьку частини малого таза, голівка, не виконуючи внутрішнього повороту, опускається на тазове дно.

Другий момент — розгинання голівки плода. Розгинання голівки відбувається після утворення точки фіксації між підпотиличною ямкою і нижнім краєм симфізу.

Третій момент — зовнішній поворот голівки плода. Після народження голівки плечики своїм міжакроміальним розміром вставляються в прямий розмір площини входу в малий таз і без внутрішнього повороту опускаються на тазове дно. Ці рухи плечиків зумовлюють зовнішній поворот потилиці голівки у бік відповідної позиції.

Четвертий момент — народження тулуба плода. Між верхньою третиною переднього плечика і нижнім краєм симфізу утворюється друга точка фіксації. Навколо цієї точки проходить згинання тулуба в шийно-грудному відділі — народжується задне, а потім передне плечико плода. Після народження плечиків без перешкод народжується тулуб плода, оскільки розміри тазового кінця набагато менші, ніж плечиків.

Біомеханізм пологів при задньому виді вставлення голівки в поперечно-звужений таз

Перший момент — максимальне згинання голівки плода. Голівка стріловим швом вставляється в прямий розмір площини входу в малий таз так, щоб мале тім'ячко було розміщене біля мису. У зв'язку з відносно невеликим розміром справжньої кон'югати відбуваються максимальне згинання і значна конфігурація голівки. Мале тім'ячко стає провідною точкою.

Другий момент — внутрішній поворот голівки плода. Може статися лише тоді, коли її розміри невеликі, поперечні розміри таза зменшені незначно і спостерігається енергійна пологова діяльність. При цьому голівка, не змінюючи свого положення, мінає широкую і вузьку частини малого таза й опускається на

тазове дно. Стріловий шов на тазовому дні (більше простору для повороту голівки) переходить з прямого розміру в один з косих, далі в поперечний, протилежний косому і, нарешті, у прямий розмір площини виходу з малого таза, але вже потилицею до симфізу. Якщо голівка великих розмірів, звуження поперечних розмірів значно виражене, пологова діяльність слабка, то внутрішній поворот не відбувається, пологи припиняються або виникає загроза розриву матки, що змушує виконати оперативне розродження, а при інтранатальній загибелі дитини — плодоруйнівну операцію.

Третій і четвертий моменти біомеханізму пологів після внутрішнього повороту голівки плода відбуваються так само, як під час пологів при передньому виді потиличного передлежання.

Біомеханізм пологів при плоскому тазі

Простий плоский таз — таз, у якого всі прямі розміри зменшені. Він утворюється внаслідок зміщення крижів до лобка. Наприклад: нормальний таз — 25—28—31—20 см, простий плоский таз — 25—28—31—18 см.

Простий плоский таз спостерігається в 25 % випадків вузького таза. Жінки з цим різновидом вузького таза мають нормальну будову тіла. Простий плоский таз характеризується вкороченням усіх прямих розмірів за рахунок повного просування крижової кістки в середину порожнини малого таза через важку фізичну працю дівчинки в дитинстві або носіння одягу з джинсової тканини. При такій патології зменшуються всі прямі розміри малого таза, коротшають висота верхнього трикутника і вертикальний розмір крижового ромба, збільшується його горизонтальний розмір. Зменшення прямих розмірів таза спричинює компенсаторне збільшення поперечного діаметра входу в малий таз. Наприкінці вагітності дно матки розміщується під мечоподібним відростком, передлегла частина великих розмірів, у жінок, які народжують уперше, спостерігають гострий живіт, а при наступних вагітностях — відвислий. При вагінальному дослідженні після передчасного або раннього вилиття вод можна виявити широку лобкову дугу, зменшення розміру діагональної і справжньої кон'югати. Під час пологів спостерігається низьке поперечне стояння стрілового шва.

Особливості біомеханізму пологів при простому плоскому та плоскорихітичному тазі майже однакові.

Перша особливість — вставлення голівки стріловим швом у поперечному розмірі входу в малий таз і довге стояння в ньому.

Друга особливість — незначне розгинання голівки при вході в малий таз.

Третя особливість — бічне нахилення голівки (асинклітичне вставлення). Розрізняють передній (негелівський) асинклітизм та задній (літцманівський) асинклітизм (несприятливий).

Четверта особливість — брахіцефалічна конфігурація голівки.

Біомеханізм пологів при плоскорихітичному тазі

Плоскорихітичний таз — таз, деформований у зв'язку із захворюванням на рахіт, унаслідок чого вхід і вихід з малого таза зменшені. Наприклад: нормальний таз — 25—28—31—20 см, плоскорихітичний таз — 27—27—30—17 см.

Біомеханізм пологів складається з шести моментів.

Перший момент — розгинання голівки плода та вставлення до входу в малий таз стрілоподібним швом у поперечному розмірі.

Другий момент — асинклітичне вставлення голівки плода малим поперечним розміром (*diameter biparietalis minor* — 8,0—8,5 см) відбувається так, як при простому плоскому тазі. Для полегшення вставлення голівки при передньому асинклітизмі роділлю слід на 20—30 хв покласти у вальхерівське положення, а при задньому асинклітизмі — під попереки підкласти подушку або валик.

Третій момент — внутрішній поворот голівки плода найчастіше відбувається на тазовому дні. Це пов'язано зі збільшенням прямих розмірів широкої і вузької частин таза за рахунок відхилення крижів назад. Голівка, простоявши в площині входу в малий таз і пристосувавшись до зменшених розмірів своїм прямим розміром, дуже швидко минає широку і вузьку частину таза, опускається на тазове дно, де і відбувається її внутрішній поворот потилицею до крижів. Дуже рідко (у жінок у положенні стоячи) невелика голівка, не зробивши внутрішнього повороту, провалю-

ється на тазове дно, що спричинює не поздовжній (як зазвичай), а центральний або поперечний розрив промежини.

Четвертий момент — згинання голівки плода відбувається, як при простому плоскому тазі.

П'ятий момент — розгинання голівки плода (*rotatio trunci interna et capitis externa*) найчастіше відбувається, як при простому плоскому тазі, за винятком тих випадків, коли відсутня рухомість у крижово-куприковому суглобі і голівка не може розігнутися.

Помилку можна виправити двома способами:

- 1) якщо плід живий, ламають крижово-куприковий суглоб;
- 2) при інтранатальній загибелі плода проводять плодоруйнівну операцію (краніотомію).

Шостий момент — внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки плода відбуваються, як при простому плоскому тазі. У новонародженого можна побачити різку конфігурацію голівки: зсування тім'яних кісточок одна на одну, на одній тім'яній кісточці визначається велика пологова пухлина, а на іншій — заглиблення (різної форми) — унаслідок тривалого притиснення черепа до мису або симфізу.

Біомеханізм пологів при простому плоскому тазі

Перший момент — розгинання голівки плода.

Голівка своїм стріловим швом переважно вставляється в поперечний розмір площини входу в малий таз і довго тут стоїть, оскільки не може мицнути цю площину, як і в тому випадку, коли вставляється в зігнутому вигляді своїм великим поперечним розміром (9 см) через зменшену справжню кон'югату входу в малий таз. У зв'язку з тим що голівка клиноподібно звужується від тім'яних горбів до лобової частини, то для того щоб вставитися, вона розгинається і мінає своїм малим поперечним розміром (8 см) звужений прямий розмір площини входу в малий таз. Якщо справжня кон'югата має ще менший розмір, то голівка з тім'яними горбами і малим тім'ячком відсовується від центра. При подальшому розгинанні голівки тім'яні горби затримуються в бічній частині таза (оскільки вони мають найбільший поперечний розмір), а велике тім'ячко опускається все нижче і

нижче і стає провідною точкою. Залежно від ступеня звуження таза виникає розгинання голівки різного ступеня: при незначному зменшенні справжньої кон'югати — I ступінь розгинання (передньоголовне вставлення, яке спостерігається найчастіше), при середньому ступені звуження — II ступінь (лобове вставлення) і при значному зменшенні справжньої кон'югати — III ступінь розгинання (лицеве вставлення).

Другий момент — асинклітичне вставлення голівки плода. Якщо голівка, розігнувшись, не може пройти через зменшений прямий розмір площини входу в малий таз, то вона починає просуватись асинклітично — так, що одна тім'яна кістка буде першою поступово опускатися вниз, прикриваючи вхід іншою, яка залишається над входом у малий таз. Якщо в площині входу в малий таз першою вставляється передня тім'яна кістка, то це передній асинклітизм, або відхилення Негеля. При вставленні першою задньої тім'яної кістки — задній асинклітизм, або відхилення Літцмана. Залежно від того, яка тім'яна кістка вставляється в площину входу в малий таз першою, стріловий шов може бути біля мису або симфізу.

Причини виникнення переднього або заднього асинклітизму

Передній асинклітизм частіше спостерігається при повторних вагітностях і характеризується перерозтягненням м'язів передньої черевної стінки великим кутом нахилу таза, високим стоянням і горизонтальним виступом мису (промонторіума) у провіт таза, коли задній тім'яний горб упирається в нього, фіксується і залишається там доти, доки в малий таз повністю не опуститься передня тім'яна кістка. При передньому асинклітизмі голівка, що опустилася, надалі не відчуває перешкод у порожнині малого таза, оскільки вона розташовується в крижовій западині, а переднє плечико упирається в передню черевну стінку і теж не зустрічає протидії. Тому вважають, що передній асинклітизм сприятливіший для роділь і народження живої малотравмованої дитини.

Задній асинклітизм частіше виникає в жінок, які народжують уперше, з пружною черевною стінкою, малим кутом нахилу таза, низьким стоянням крижової кістки і пологим виступом мису.

При такому тазі голівка відходить уперед, ніби сповзає з промонторіума, упираючись передньою тім'яною кісткою в симфіз.

Під час зовнішнього акушерського дослідження, у зв'язку з тим що передня тім'яна кістка стоїть над симфізом, можна встановити симптом Вастена “врівень” або “позитивний”.

При вагінальному дослідженні можна відзначити, що крижова западина майже повністю вільна, легко промацується навіть перший крижовий хребець, задня тім'яна кістка розміщена низько і закриває передній відділ таза, стріловий шов у поперечному розмірі площини входу в малий таз, але не по центру, а ближче до симфізу. При задньотім'яному вставленні голівка плода, що опускається, упирається в лобок роділлі, який перешкоджає подальшому її просуванню. Якщо передній тім'яний горб мине лобок, то заднє плечико, що опускається за голівкою, упирається в мис і перешкоджає подальшому опусканню черепа плода в наступну площину малого таза.

Якщо задній асинклітизм не виправляється, то пологи можуть спричинити розрив матки, загибель плода і роділлі. У деяких випадках задній тім'яний горб, опускаючись у малий таз, обходить промонторіум і заповнює крижову западину, тоді в просвіт таза починає опускатися передня тім'яна кістка, відхиляючи ще більше назад задню тім'яну кістку. У міру опускання передніх тім'яних горбів у порожнину таза стріловий шов починає відхилятися від симфізу до середини, указуючи на сприятливий прогноз пологів.

Третій момент — внутрішній поворот голівки плода. При виправленні переднього і заднього асинклітизму голівка поступово опускається в порожнину таза таким чином, що стріловий шов стає посередині між симфізом і мисом як у широкий, так і у вузькій частині малого таза. Для біомеханізму пологів при простому плоскому тазі характерне низьке поперечне стояння стрілового шва, внутрішній поворот голівки здійснюється на тазовому дні. Інколи можна спостерігати, що внутрішній поворот стрілового шва відбувається у момент врізування або навіть прорізування голівки.

Четвертий момент — згинання голівки плода.

П'ятий момент — розгинання голівки плода здійснюється так, як і при передньоголовному вставленні.

Шостий момент — внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки плода здійснюються так, як і при передньоголовному вставленні голівки.

Розбіжності біомеханізму пологів при різних видах плоского таза

Розбіжності біомеханізму пологів при різних видах плоского таза полягають у тому, що при простому плоскому тазі внутрішній поворот голівки завершується на тазовому дні, а при плоскорохітичному — на межі широкої та вузької частин малого таза, оскільки в останньому випадку звужений тільки вхід у малий таз.

При *простому плоскому тазі* труднощі, на які натрапляє голівка при вході в малий таз, відзначаються і в порожнині, і у виході з таза, оскільки прямі розміри звужені в усіх площинах. Часто виникає низьке поперечне стояння стрілового шва.

При *плоскорохітичному тазі* голівка плода, проходячи площину входу в малий таз, далі дуже швидко (іноді кілька хвилин) опускається на тазове дно і народжується, оскільки прямі розміри порожнини та виходу з таза навіть збільшені, що призводить до більшого травматизму плода.

Тестові завдання

1. Анатомічно вузький таз — це:

A. Клінічне поняття і визначається в пологах при достатньому розкритті шийки матки, хорошій пологовій діяльності і водах, що відійшли.

B. Анатомічне поняття, коли розміри таза зменшені на 1,5—2 см.

C. Можна визначити у вагітної за зростом, даними пельвіометрії, УЗД.

D. Можна визначити у вагітної за індексом Соловйова, ромбом Міхаеліса, зовнішнім і внутрішнім акушерським дослідженням.

E. Високе стояння голівки плода перед пологами.

2. Найважливішою ознакою загальнорівномірнорозвуженого таза є:

A. Зменшення всіх розмірів таза на 1,5 см.

B. Вкорочення діагональної кон'югати.

C. Невеликий зріст і правильна будова тіла вагітної.

- D. Вкорочення зовнішньої кон'югати.
- E. Зменшення крижового ромба.

3. Основний критерій оцінювання ступеня звуження таза:

- A. Зовнішня кон'югата.
- B. Справжня кон'югата.
- C. Діагональна кон'югата.
- D. Вертикальна діагональ ромба Міхаеліса.
- E. Горизонтальна діагональ ромба Міхаеліса.

4. Ускладнення в перший період пологів при вузькому тазі:

- A. Слабкість пологової діяльності.
- B. Раннє вилиття навколоплідних вод.
- C. Випадіння пуповини.
- D. Внутрішньоутробна гіпоксія плода.
- E. Усе перераховане правильно.

5. Клінічно вузький таз — це:

- A. Усі випадки функціональної невідповідності між голівкою плода й тазом матері незалежно від їх розмірів.
- B. Анатомічне поняття, коли розміри таза зменшені на 1,5—2 см.
- C. Можна визначити у вагітної за зростом, даними пельвіометрії, УЗД.
- D. Можна визначити у вагітної за індексом Соловйова, ромбом Міхаеліса, зовнішнім і внутрішнім акушерським дослідженням.
- E. Високе стояння голівки плода перед пологами.

6. Ознака клінічно вузького таза:

- A. Потуги при притиснутій голівці плода.
- B. Позитивна або врівень ознака Вастена.
- C. Відсутність просування голівки плода при повному розкритті маткового вічка і добрій пологовій діяльності.
- D. набряк зовнішніх статевих органів.
- E. Усе перераховане правильно.

7. Умови діагностики клінічно вузького таза:

- A. Розкриття шийки матки більше ніж 8 см.
- B. Відсутність плодового міхура.

- C. Випорожнений сечовий міхур.
- D. Нормальна скоротлива діяльність матки.
- E. Усе перераховане правильно.

8. Акушерська тактика при клінічно вузькому тазі при живому плоді:

- A. Застосування вакуум-екстрактора.
- B. Застосування утеротоніків.
- C. Накладання акушерських щипців.
- D. Негайне розродження шляхом кесаревого розтину.
- E. Плродоруйнівна операція.

9. Акушерська тактика при клінічно вузькому тазі і мертвому плоді:

- A. Застосування вакуум-екстрактора.
- B. Застосування утеротоніків.
- C. Плродоруйнівна операція.
- D. Негайне розродження шляхом кесаревого розтину.
- E. Накладання акушерських щипців.

10. При виявленні клінічно вузького таза протипоказано:

- A. Застосування вакуум-екстрактора.
- B. Застосування утеротоніків.
- C. Накладання акушерських щипців.
- D. Кесарів розтин на мертвому плоді.
- E. Усе перераховане.

Задачі

1. Пологи перші, термінові. Безводний проміжок — 2 год. Розміри таза: 26—28—30—20 см. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Маса плода за формулою І.Ф. Жорданія: 4900 г. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 130 за 1 хв. Ознака Вастена позитивна. Температура тіла — 36,8 °С, пульс — 80 за 1 хв. При вагінальному дослідженні: відкриття маткового вічка 8 см, плодовий міхур відсутній, на голівці — велика пологова пухлина. Сагітальний шов у поперечному розмірі таза, тім'ячка через велику пологову пухлину пальпувати не вдалось.

Встановіть діагноз. Ваша тактика.

2. Роділля, 35 років, третя вагітність — 40 тиж. Поступила на 3-ю добу від початку пологової діяльності. Потуги сильні, дуже часті, болючі. Живіт болючий у нижніх відділах, контракційне кільце на рівні пупка. Серцебиття плода не прослуховується. Розміри таза: 23—26—29—17. Симптом Вастена позитивний. Очікувана маса плода за формулою І.Ф. Жорданія — 4600 г. При піхвовому дослідженні встановлено: відкриття маткового вічка повне, плодовий міхур відсутній, голівка виповнює термінальну лінію, має місце велика пологова пухлина.

Встановіть діагноз. Ваша тактика.

3. Знайдіть відповідність:

<i>Справжня кон'югата:</i>	<i>Ступінь звуження таза:</i>
1) 11 см;	а) I ступінь;
2) 11—9,5 см;	б) II ступінь;
3) 7,5—9 см;	в) III ступінь;
4) 5,5—7 см;	г) IV ступінь;
5) менше ніж 5 см.	г) нормальний таз.

Еталони відповіді:

1 — В, 2 — А, 3 — В, 4 — Е, 5 — А, 6 — Е, 7 — Е, 8 — D, 9 — С, 10 — Е.

Задача 1. *Діагноз:* пологи перші, термінові, другий період пологів, головне передлєжання. Клінічно вузький таз.

Тактика: необхідно негайно провести кесарів розтин.

Задача 2. *Діагноз:* пологи термінові, II період, загальнорівномірнорозвужений таз II ступеня звуження, клінічно вузький таз, внутрішньоутробна загибель плода, загроза розриву матки.

Тактика: завершити пологову діяльність з подальшою плідоруйнівною операцією.

Задача 3. 1 г, 2 а, 3 б, 4 в, 5 г.

Розділ 13 ІНСТРУМЕНТАЛЬНЕ РОЗРОДЖЕННЯ

Акушерські щипці

Акушерські щипці — інструмент, призначений для витягання живого доношеного плода за голівку (кольор. вкл., мал. 148). Механізм дії акушерських щипців включає два моменти механічного ефекту — стискання і тракції.

Акушерські щипці складаються з двох симетричних частин — гілок, які можуть відрізнятися за будовою лівої і правої частин замка. Одна з гілок, яку захоплюють лівою рукою і вводять у ліву половину таза називають лівою гілкою. Іншу гілку — правою. У кожній гілці розрізняють три частини: ложку, елемент замка, ручку.

Ложка — це зігнута пластина, що має широкий виріз — вікно. Заокруглені краї ложок називають ребрами (верхнє і нижнє). Ложка має особливу форму, що повторює форму і розміри голівки плода і малого таза. Ложки акушерських щипців не мають тазової кривизни (прямі щипці Лазаревича). Деякі моделі щипців мають додатково промежинну кривизну в ділянці з'єднання ложок і ручки (Кілланда, Пайпера). Головна кривизна — це вигнутість ложок у фронтальній площині щипців, відтворює форму голівки плода. Тазова кривизна — це вигнутість ложок у сагітальній площині щипців, що відповідає за формою крижовій западині і до певної міри провідній осі таза.

Замок служить для з'єднання гілок щипців. Будова замків неоднакова в різних моделях щипців. Відмітною характеристикою є міра рухомості гілок.

Умови для накладання щипців:

1. Вічко матки має бути повністю відкрите.
2. Плодовий міхур розірваний, оболонки плода відтягнуті за голівку. Якщо цього немає, потрібно розірвати міхур і випустити води.
3. Таз має бути нормального розміру, якщо він вузький, голівка має вже пройти через вузьке місце.
4. Голівка має бути за розмірами не надмірно велика, але і не надмірно мала, а така, щоб щипці могли її належно обхопити.
5. Нарешті, голівка має бути готовою до накладання щипців, тобто своїм великим розміром стояти вже в порожнині таза.

Показаннями до накладання щипців є всі ускладнення, які вимагають швидкого закінчення пологів.

Показання з боку матері:

— акушерські показання:

- тяжкі форми гестозу (пreeклампсія, еклампсія, виражена гіпертензія, що не піддається консервативній терапії) потребують виключення потуг роділлі;
 - стійка слабкість пологової діяльності і/або слабкість потуг, що проявляється стоянням в одній площині таза понад 2 год, за відсутності ефекту від застосування медикаментозних засобів. Тривале стояння голівки в одній площині малого таза підвищує ризик виникнення пологового травматизму як плода (поєднання механічних чинників і гіпоксії), так і матері (сечостатевої і кишково-статевої нориці);
 - кровотеча в другий період пологів, зумовлена передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, розривом судин пуповини при їх оболонковому прикріпленні;
 - ендометрит у пологах;
- соматичні показання:
- хвороби серцево-судинної системи у стадії декомпенсації;
 - розлади дихання внаслідок захворювання легень;
 - міопія високого ступеня;
 - гострі інфекційні захворювання;
 - тяжкі форми нервово-психічних розладів;
 - інтоксикація або отруєння.

Показання з боку плода:

— гіпоксія плода, що розвивається внаслідок різних причин у другий період пологів (передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, слабкість пологової діяльності, пізній гестоз, коротка пуповина, обвиття пуповини навколо шиї та ін.).

Загальні правила і техніка накладання щипців

Операцію екстракції щипцями виконують у певному порядку.

До операції:

- 1) клізма, катетеризація;
- 2) дезінфекція зовнішніх статевих органів;
- 3) наркоз;
- 4) точне визначення передлеглої частини;
- 5) розміщення щипців у складеному вигляді.

Виконання операції:

- 1) уведення лівої ложки;
- 2) уведення правої ложки;
- 3) замикання щипців;
- 4) пробна тракція і обстеження;
- 5) екстракція;
- 6) підтримування промежини;
- 7) витягання плечиків.

Техніка накладання щипців. Керуються потрійним правилом М.С. Малиновського.

Перше потрійне правило — “три ліворуч — три праворуч”. Першою вводять ліву ложку, лівою рукою в ліву половину таза (кольор. вкл., мал. 149).

Другою вводять праву ложку, правою рукою в праву половину таза (кольор. вкл., мал. 150).

Після введення і правильного їх розміщення проводять замикання ложок щипців (кольор. вкл., мал. 151).

Друге потрійне правило — “три осі”. При накладанні щипців мають збігтися три осі — поздовжня вісь таза, поздовжня вісь голівки, поздовжня вісь щипців.

Для цього щипці слід вводити верхівками вгору, ложки мають лягти біпаріетально, провідна точка має бути в одній площині із замковою частиною щипців (кольор. вкл., мал. 152).

Третє потрійне правило — “три позиції — три тракції”.

Позиція I — голівка плода при вході в малий таз малим або великим сегментом. Тракції спрямовані на носки акушера, який сидить (кольор. вкл., мал. 153). Щипці, накладені при такому положенні голівки, називаються високими і сьогодні не застосовуються.

Позиція II — голівка в порожнині малого таза. Тракції спрямовані на коліна акушера, який сидить. Щипці, накладені при такому положенні голівки, називаються порожнинними (кольор. вкл., мал. 154).

Позиція III — голівка у виході з малого таза. Тракції спрямовані на себе, а після утворення точки фіксації — угору. Щипці, накладені при такому розміщенні голівки, називаються вихідними (кольор. вкл., мал. 155).

Вакуум-екстракція плода

До сучасних методів оперативного акушерства належить операція витягання плода за допомогою вакуум-ексTRACTОРА (кольор. вкл., мал. 156, 157). Він складається з вакуум-апарата (у якому створюється негативний тиск) і чашечок (різних розмірів), що їх накладають на голівку плода.

Вакуум-ексTRACTОР застосовують, якщо потрібно швидко закінчити пологи, коли кесарів розтин небажаний або протипоказаний, а для накладання щипців немає умов.

Основні показання: тривала слабкість пологових сил, початок гіпоксії плода, випадіння пуповини (після її вправлення).

Умови: повне відкриття вічка матки, відсутність плодового міхура, повна відповідність розмірів таза і голівки, потиличне передлежання.

Протипоказання: розгинальні передлежання, передчасні пологи, невідповідність розмірів голівки і таза, захворювання, при яких потрібно усунути потуги (вади серця, тяжкі гестози та ін.).

Техніка виконання. Чашечку вакуум-ексTRACTОРА накладають на ділянку малого тім'ячка; негативний тиск після накладання чашечки доводять до 0,4—0,5 кг/см³, при тракціях — до 0,7—0,8 кг/см³ (кольор. вкл., мал. 158). Тракції роблять під час потуг (кольор. вкл., мал. 159).

Плодоруйнівні операції

Плодоруйнівні операції поділяють на три групи:

1. Операції, які зменшують об'єм плода (краніотомія, евентерація).
2. Операції розчленування плода на частини і витягання його по частинах (декапітація, спондилотомія, екзартикуляція).
3. Операції, які зменшують об'єм тіла за рахунок максимального збільшення рухомості окремих частин тіла плода (клеядотомія, пункція черепа при гідроцефалії, переломи кісток кінцівок).

Декапітація — обезголовлення плода при запущеному поперечному положенні.

Спондилотомія — розтин хребта.

Евісцерація та евентерація — видалення внутрішніх органів грудної та черевної порожнини.

Краніотомія — операція, за допомогою якої досягається зменшення об'єму передлеглої або наступної голівки та проводиться її вилучення у запалому стані (кольор. вкл., мал. 160). Вона може бути виконана на мертвому, а у виняткових випадках — на живому плоді.

Показання:

1) наявність мертвого або нежиттєздатного плода — при клінічному або анатомічно вузькому тазі, слабкості пологової діяльності, яка призводить до надмірно тривалих пологів, рубцеві звуження піхви, пухлини матки та придатків;

2) загроза для життя матері та відсутність умов для кесаревого розтину, вакуум-ексTRACTОРА плода, накладання щипців (несприятливе вставлення голівки, лобове передлежання, літцманівське вставлення голівки);

3) стан матері, що потребує негайного плодоруйнування (серцево-судинні захворювання, еклампсія та деякі випадки передчасного відшарування посліду).

Показання до краніотомії при живому плоді виникають дуже рідко — лише в тих ситуаціях, коли показане негайне розро-

дження, а для проведення операції кесаревого розтину немає умов. До них належать ті самі показання, що й при мертвому плоді.

Умови:

- а) розкриття вічка матки не менше ніж на 6 см;
- б) відсутність плодового міхура;
- в) мертвий плід.

Інструментарій: вагінальні дзеркала, кульові щипці або щипці Мюзю, ложки Фолькмана або кюретки, перфоратор, краніокласт, гачок Брауна, ножиці Зібольда або Феноменова. Операцію виконують під внутрішньовенним наркозом. Перед операцією необхідно спорожнити сечовий міхур і продезінфікувати зовнішні статеві органи та піхву.

Техніка виконання: 1) перфорація голівки; 2) ексцеребрація; 3) краніоклазія.

Перфорація голівки:

- 1) уведення дзеркал у піхву та оголення голівки;
- 2) захоплення шкіри голівки щипцями та її фіксація;
- 3) власне перфорація.

Операція перфорації голівки. Шкіру голівки плода між щипцями розтинають у поперечному напрямку і трохи відшаровують від кісток черепа. Під візуальним контролем перфоратор уводять у ділянку шва або тім'ячка в складеному положенні і виводять у розкритому, що розширює перфораційний отвір. При лицевих передлежаннях перфорацію здійснюють через рот, при лобовому — через зіницю, при тазових передлежаннях і наступній голівці — через потиличний отвір. Операція ексцеребрації полягає у видаленні мозкової речовини через перфораційний отвір. Спочатку кюреткою мозок руйнують, а потім видаляють за допомогою великої кюретки або вимивають катетером.

Операція краніоклазії. Краніоклазією називається операція витягання перфорованої та зменшеної за об'ємом голівки за допомогою краніокласта. *Краніоклазію виконують лише при повному розкритті шийки матки.* Якщо такої потреби немає, обмежуються перфорацією і ексцеребрацією, після чого плід народжується сам.

Операція складається з трьох моментів:

1. Уведення і розміщення ложок краніокласта.

Першою вводять внутрішню ложку через перфоративний отвір опуклістю, оберненою до обличчя, другою — зовнішню

ложку, за тими самими правилами, що і першу, і розміщують на обличчі (кольор. вкл., мал. 161, 162).

2. Замикання ложок (кольор. вкл., мал. 163);

3. Витягання голівки. Характер і напрямок тракцій ті самі, що і при витягуванні голівки щипцями (кольор. вкл., мал. 164).

Перфорацію голівки виконують після невдалого застосування ручної допомоги при тазовому передлежання і загибелі плода, при гідроцефалії.

Декапітація — операція обезголовлення (відділення голівки від тулуба) плода.

Умови: повне відкриття вічка матки, доступність шиї плода для дослідження; розміри таза достатні для проходження плода.

Інструментарій: гачок Брауна і ножиці Зібольда.

Операцію обов'язково виконують під наркозом. Перед операцією має бути спорожнений сечовий міхур.

Техніка виконання.

Перший етап — уведення і розміщення декапітаційного гачка (кольор. вкл., мал. 165). Цей етап складається з трьох моментів: 1) захоплення випалої ручки помічником і відведення її в бік, протилежний тому, де перебуває голівка; якщо ручка не випала, операцію починають з другого моменту; 2) уведення в піхву руки і захоплення шийки плода; 3) уведення і розміщення декапітаційного гачка.

Другий етап — власне декапітація.

Спочатку поворотом гачка на 90° ламають шийні хребці, потім під контролем внутрішньої руки м'які частини шийки розрізають ножицями. При цьому декапітаційний гачок підтягують до виходу з піхви.

Третій етап — витягання розчленованого плода (кольор. вкл., мал. 166); підтяганням тулуба за ручку порівняно легко його дістають. При виведенні голівки остання фіксується помічником зовнішніми прийомами до виходу в малий таз, після чого в піхву вводять дзеркала, голівку захоплюють щипцями Мюзю і переходять до її витягування; якщо можливо, її витягують ручними прийомами. При утрудненні витягування ручними прийомами голівку перфоруєть з наступною краніоклазією.

Клейдотомія — розтин однієї або обох ключиць. Виконують лише на мертвому плоді.

Показання: великий плід при клінічно (або анатомічно) вузькому тазі або при середніх розмірах голівки при вузькому тазі.

Умови: народження голівки.

Техніка виконання. У піхву вводять 4 пальці лівої руки і визначають передню ключицю, яку розсікають ножицями. Так само проводять розсікання задньої ключиці.

Спондилотомія — розтин хребта в грудному або поперековому відділі. Вона рідко має самостійне значення. Виконують у тому разі, коли декапітація не може бути виконана, або як попередній або наступний етап при евісцерації (евентерації).

Показання: запущене поперечне положення плода.

Умови: повне розкриття шийки матки, мертвий плід.

Техніка виконання. Виконують за допомогою ножиць Зібольда і гачка Брауна. У дзеркала оголюється прилегла частина хребта, шкіру захоплюють щипцями Мюзона. Розтинають шкіру, потім хребет і після цього тулуб розсікають на дві половини, кожену з яких послідовно витягають. Якщо спондилотомію виконують після евісцерації або евісцерації, через отвір у черевній порожнині або грудній клітці вводять гачок Брауна і хребет руйнується, як при декапітації. М'які тканини розрізають ножицями.

Евісцерація (евентерація). Операція спрямована на зменшення об'єму тулуба плода шляхом витягування зруйнованих внутрішніх органів.

Показання: мертвий плід при поперечному розміщенні. Виконання цієї операції дає змогу розродитись жінці в результаті таких маніпуляцій: створення можливості витягування плода за механізмом здвоеного тулуба, виконання спондилотомії в грудному або поперековому відділі та розсікання тулуба на дві половини, зменшення об'єму тулуба, що дає змогу обхопити шийку плода і зробити декапітацію.

Умови: повне розкриття шийки матки.

Техніка виконання.

Перший момент — уведення лівої руки в піхву і відшукування місця перфорації стінки тулуба (грудної клітки або черевної порожнини).

Другий момент — уведення перфоратора під контролем внутрішньої руки.

Третій момент — перфорація тулуба в міжребровому проміжку і поступове розширення перфораційного отвору. За необхідності розсікають одне або два ребра.

Четвертий момент — через утворений у тулубі отвір абортцангом чи іншими щипцями поступово виймають зруйновані органи черевної або грудної порожнини.

Краніотомія, декапітація і клейдотомія належать до типових ембріотомій, а спондилотомія та евісцерація (евентерація) — до атипових ембріотомій.

NB! Після кожної плодоруйнівної операції необхідно ретельно перевірити цілість пологових шляхів, виконати ручне дослідження порожнини матки, спорожнити сечовий міхур шляхом катетеризації.

ЛІТЕРАТУРА

- Айламазян Э.К.* Акушерство / Э.К. Айламазян. — СПб: Специальная литература, 1997. — 493 с.
- Білик Л.С.* Медичні маніпуляції в алгоритмах / Л.С. Білик та ін. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 252 с.
- Бодяжина В.И.* Акушерство / В.И. Бодяжина, К.Н. Жмакин. — М.: Медицина, 1970. — 544 с.
- Жарких А.В.* Акушерство та гінекологія / А.В. Жарких. — К.: Здоров'я, 1994. — 313 с.
- Жиляєв М.І.* Акушерський фантом / М.І. Жиляєв, М.М. Жиляєв, В.В. Сопель. — Тернопіль: Джура, 1997. — 192 с.
- Жученко П.Г.* Акушерство / П.Г. Жученко, В.І. Тарасюк. — К.: Здоров'я, 1995. — 477 с.
- Запорожан В.Н.* Акушерство / В.Н. Запорожан. — К.: Здоров'я, 2000. — 431 с.
- Кретова Н.Ю.* Акушерство и гинекология / Н.Ю. Кретова, Л.М. Смирнова. — М.: Медицина, 1985. — 320 с.
- Михайленко О.Т.* Гінекологія / О.Т. Михайленко, Г.К. Степанківська. — К.: Здоров'я, 1999. — 520 с.
- Мороз Л.О.* Посібник для практичних занять з акушерства / Л.О. Мороз. — К.: Здоров'я, 2006. — 258 с.
- Степанківська Г.К.* Акушерство / Г.К. Степанківська, О.Т. Михайленко. — К.: Здоров'я, 1999. — 520 с.
- Хміль С.В.* Акушерство / С.В. Хміль, А.Ю. Франчук, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. — 378 с.

ЗМІСТ

Передмова	3
Розділ 1. АНАТОМІЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ	5
Зовнішні статеві органи	5
Внутрішні статеві органи	8
Маткові труби. Яєчники	11
Зв'язковий апарат внутрішніх жіночих статевих органів	13
Кровообіг статевих органів	16
Іннервація статевих органів	17
Тестові завдання	18
Розділ 2. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНУ ВАГІТНОСТІ	
І ДАТИ ПОЛОГІВ	22
Тестові завдання	26
Розділ 3. ЖІНОЧИЙ ТАЗ З АКУШЕРСЬКОЇ ТОЧКИ ЗОРУ	30
Жіночий таз (кістковий таз)	30
Великий таз	30
Малий таз	34
Тестові завдання	37
Розділ 4. ПЛІД ЯК ОБ'ЄКТ ПОЛОГІВ	41
Тестові завдання	45
Розділ 5. АКУШЕРСЬКА ТЕРМІНОЛОГІЯ	49
Розміщення частин плода	49
Тестові завдання	50
Розділ 6. МЕТОДИ СПЕЦІАЛЬНОГО АКУШЕРСЬКОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	55
Зовнішнє акушерське дослідження	55
Аускультация живота	55
Прийоми Леопольда – Левицького	56
Внутрішнє акушерське дослідження	58

Додаткові методи дослідження	60
Тестові завдання	62
Розділ 7. БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ	66
Фази пологів	67
Ознаки відокремлення плаценти	70
Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання	71
Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання	72
Ручна допомога при головному передлежанні	73
Тестові завдання	76
Розділ 8. ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ ПРИ РОЗГИНАЛЬНИХ ВСТАВЛЕННЯХ ГОЛІВКИ	80
Біомеханізм пологів при передньоголовному вставленні	81
Біомеханізм пологів при лобових вставленнях	82
Біомеханізм пологів при лицевому вставленні	83
Тестові завдання	84
Розділ 9. НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА	88
Запущене поперечне положення плода	88
Тестові завдання	90
Розділ 10. ПОЛОГИ ПРИ ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ	95
Біомеханізм пологів при чисто сідничному передлежанні	97
Біомеханізм пологів при змішаному сідничному і ножних передлежаннях	98
Ручна допомога при чисто сідничному передлежанні за методом М.А. Цов'янова	99
Ручна допомога при ножному передлежанні за методом М.А. Цов'янова	100
Класична ручна допомога при тазовому передлежанні	101
Витягання плода за тазовий кінець	103
Витягання плода за одну ніжку	104
Витягання плода за обидві ніжки	105
Витягання плода за пахвинну складку	106
Тестові завдання	106
Розділ 11. АКУШЕРСЬКИЙ ПОВОРОТ	110
Зовнішній профілактичний поворот плода на голівку за методом Б.А. Архангельського	110
Зовнішній поворот при сідничному передлежанні	111
Зовнішній поворот на голівку при поперечному передлежанні	113
Класичний зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку	113

Розділ 12. ВУЗЬКИЙ ТАЗ	116
Діагностичні ознаки клінічно вузького таза	116
Біомеханізм пологів при загальнорівномірнорозвуженому тазі	118
Біомеханізм пологів при поперечно-звуженому тазі	120
Біомеханізм пологів при передньому виді вставлення голівки в поперечно-звужений таз	120
Біомеханізм пологів при задньому виді вставлення голівки в поперечно-звужений таз	121
Біомеханізм пологів при плоскому тазі	122
Біомеханізм пологів при плоскорухітичному тазі	123
Біомеханізм пологів при простому плоскому тазі	124
Причини виникнення переднього або заднього асинклітизму	125
Розбіжності біомеханізму пологів при різних видах плоского таза	126
Тестові завдання	127
Розділ 13. ІНСТРУМЕНТАЛЬНЕ РОЗРОДЖЕННЯ	131
Акушерські щипці	131
Вакуум-екстракція плода	134
Плодоруйнівні операції	135
Література	140