

## Лекція № 7

### Тема: Вузкий таз. Неправильні положення плоду

#### План

- Поняття про анатомічно та клінічно вузький таз.
- Класифікація вузького тазу.
- Характеристика різних форм вузького тазу.
- Діагностика вузького тазу.
- Перебіг вагітності та пологів при вузькому тазі.
- Показання для оперативного розродження.
- Ведення пологів при вузькому тазі.
- Поняття про неправильні положення плоду. Причини виникнення, діагностика. Ускладнення. Перебіг та ведення вагітності та пологів. Тактика.

#### Причини:

- Інфантилізм.
- Неприятливі умови життя.
- Важкі захворювання у дитячому віці та в період статевого дозрівання.
- Рахіт.
- Туберкульоз кісток і суглобів.
- Переломи та вивихи.
- Екзостози та пухлини кісток тазу.
- Деформація крижово-клубових зчленувань.

#### Класифікація

##### 1. За формою звуження.

1. *Загальнорівномірнозвужений таз* – всі розміри (прямі, поперечні, косі) зменшені на однакову величину (найчастіше на 1-2 см) і лобковий кут гострий (до  $90^0$ ). Цей таз зустрічається у невисоких на зріст жінок з правильною, але тендітною будовою тіла. Таз має правильну форму, але всі розміри його зменшені. Середні розміри: distantia spinarum – 24 см, distantia cristarum – 26 см, distantia trochanterica – 28 см, C. ext – 18 см, C.diagonalis – 11 см, C.vera – 9 см.

2. *Простий плоский таз* – це таз, у якого вкорочені всі прямі розміри. Характеризується тим, що крижова кістка наближена до лобкового симфізу. Деформацій кісток тазу і скелету немає. У таких жінок будова тіла звичайна. Приблизні зовнішні розміри тазу: distantia spinarum – 26 см, distantia cristarum – 29 см, distantia trochanterica – 30 см, C. ext – 18 см, C.diagonalis – 11 см, C.vera – 9 см.

3. *Плоскорахітичний таз* – це таз у якого вкорочений прямий розмір площини входу в таз. Має ряд деформацій. Крила клубових кісток розгорнуті, відстань між передньовіршніми остями клубових кісток збільшена, D.sp.=D. cr. крижова кістка вкорочена, сплющена повернута навколо горизонтальної осі так, що основа її наближається до лобкового симфізу, а верхівка разом з куприком спрямована назад. Розміри виходу з тазу збільшені, бо сідничні горби розміщені далі один від одного. Лобковий кут широкий. Порожнина звичайних розмірів або дещо більша, куприк плоский, тонкий, низький, широкий. Приблизні зовнішні розміри тазу: distantia spinarum – 26 см, distantia cristarum – 26 см, distantia trochanterica – 31 см, C. ext – 17 см, C.diagonalis – 10 см, C.vera – 8 см.

4. *Загальнозвужений таз* – це таз, у якого зменшені всі розміри, але прямі розміри вкорочені більшою мірою, ніж інші. Такий таз зовсім вузький. Приблизні зовнішні розміри тазу: distantia spinarum – 23-24 см, distantia cristarum – 24-25 см, distantia trochanterica – 27-28

см, C. ext – 15-16 см, C.diagonalis – 9 см, C.vera – 7 см.

II. Форм, що рідко зустрічаються:

1. поперечнозвужений;
2. косозміщений і косозвужений;
3. лійкоподібний;
4. спонділолістетичний;
5. остеомаліатичний;
6. кіфотичний.

III. Ступені звуження таза:

1 ступінь – розмір справжньої кон'югати 11-9 см. Пологи самостійні, можливі ускладнення.

2 ступінь – 9-7,5 см. Можливі ускладнення, що портебує оперативного розродження.

3 ступінь – 7,5 –5,5 см. При доношеному плоді неможливі.

4 ступінь - 5,5 см.

#### Діагностика вузького тазу

- ◆ анамнез (рахіт, туберкульоз, переломи, та ін.);
- ◆ об'єктивне обстеження (невеликий зріст, високий зріст, огляд тазу);
- ◆ вимірювання зовнішніх розмірів тазу;
- ◆ форма живота. При звуженні тазу голова не може вставитися у вхід в таз, і тому у вагітної характерна форма живота. У першовагітних – гострокінцевий, у повторновагітних – відвислий;
- ◆ променево-зап'ястковий індекс (Соловйова) – вимірювання обводу променево-зап'ясткового суглобу (14 см). Якщо більше 14 см – кістки тазу товщі, а розміри його менші;
- ◆ форма і розміри ромба Міхаеліса. При нормальному тазі ромб має правильну форму, поздовжній розмір його 11 см, а поперечний 9 см. При загальнорівномірнорозвуженому тазі ромб витягнутий у довжину, при плоскоррахітичному – верхня половина менша від нижньої;
- ◆ бокова кон'югата (Кернера) – розмір від передньоверхньої до задньоверхньої ості одноіменної клубової кістки (14,5-15 см);
- ◆ висота лобкового симфізу між верхнім і нижнім краями (5-6 см);
- ◆ обвід тазу на рівні передньоверхніх остей клубових кісток (85 см);
- ◆ косі розміри – відстань між правою передньо-верхньою остю та лівою і навпаки (20-21 см);
- ◆ прямий і поперечний розміри виходу з тазу;
- ◆ вимірювання висоти стояння дна матки;
- ◆ ширина матки на рівні пупка (18 см);
- ◆ піхвове дослідження (діагональна кон'югата).

#### Перебіг вагітності при вузькому тазі

Перша половина вагітності без особливостей. У II половині нерідко спостерігається пізній гестоз. Голова плоду наприкінці вагітності у вузький вхід в таз не вставляється, тому дно матки стоїть високо, відтискуючи діафрагму вгору. У зв'язку з цим у вагітних спостерігається задишка, прискорення серцебиття, втомлюваність. Внаслідок відсутності фіксації голови до входу в таз плід стає надто рухливим, внаслідок чого може переходити в поперечне або косе положення, розгинальні передлежання.

Вагітні з вузьким тазом мають бути на спеціальному обліку. За ними треба встановити спеціальний нагляд. У II половині вагітності рекомендують носити бандаж. За 2-3 тижні до пологів вагітну направляють у пологовий будинок на допологову підготовку та визначення методу пологорозрішення.

#### Перебіг пологів

При I та II ступенях звуження тазу наслідки пологів залежать від величини плоду, виду передлежання і вставлення, здатності голови до конфігурації та інтенсивності пологової діяльності.

При III –IV ступенях пологи живим доношеним плодом неможливі. Без своєчасного хірургічного втручання мати і плід загинуть внаслідок розриву матки, сепсису або інших ускладнень.

При вузькому тазі нерідко спостерігається раннє відходження навколоплідних вод, внаслідок високого стояння голови, тому що передні та задні води не розмежовуються. У момент відходження вод може випасти у піхву пуповина або рука плоду. Передчасне і раннє відходження вод сповільнюють процеси відкриття шийки матки можуть спричинити запальний процес децидуальної оболонки (метроендометрит) під час пологів, оболонок плодового яйця. Інфекція може перейти на плаценту (плацентит). Мікроорганізми проникають до плоду і спричинюють внутрішньоутробну інфекцію. Може розвиватися слабкість пологової діяльності, а у плоду – гіпоксія.

Найважчий – це II період пологів. Він затяжний. Для зганяння плоду через вузьке кільце тазу потрібні перейми та потуги великої сили. Коли є значна перешкода до зганяння може виникнути бурхлива пологова діяльність і перерозтягнення нижнього сегменту матки. На основі цього здійснюється розрив матки. У разі тривалого стояння голови у вході в таз або порожнині його, м'які тканини пологових шляхів стискаються між кістками тазу і головою плоду. Крім шийки матки і піхви стискається сечовий міхур, сечівник, пряма кишка. Притискання м'яких тканин зумовлює розлад кровообігу і настає їх змертвіння. Змертвілі ділянки на 5-7 добу після пологів відриваються та утворюється сечо- або прямокишково-піхвові нориці. На ґрунті гіпоксії плоду виникають крововиливи у мозок та інші органи плоду. Крововилив у мозок посилюється у разі різкого стискання голови плоду і надмірного зміщення кісток черепа у ділянці швів. Внаслідок розриву судин можуть виникати крововиливи під окістя однієї або двох тім'яних кісток. Коли виводять плечевий пояс, може бути перелом ключиці або руки.

#### **Механізм пологів залежить від анатомічних особливостей тазу**

##### **Біомеханізм пологів при загальнорівномірнорозвуженому тазі**

Подібний до біомеханізму при передньому виді потиличного передлежання, але відрізняється деякими особливостями:

**I особливість** (в першому моменті) – максимальне згинання голови і вставлення її найменшим розміром у одному із косих розмірів тазу залежно від позиції плоду. Це так зване клиноподібне вставлення голівки плоду.

**II особливість** (в першому моменті) – значна конфігурація голови. Голова стискається у поперечному і малому косому напрямках, а у великому косому видовжується, набуваючи форми огірка (доліхоцефалічна форма). В ділянці малого тім'ячка утворюється пологова пухлина.

2 момент відбувається без особливостей, лише дещо сповільнено.

**III особливість (третій момент)** – відхилення голови до промежини більшою нормою ніж у нормі. Підпотиличні ямки голови плоду не підходять щільно під лобковий симфіз, внаслідок чого виникають глибокі розриви промежини.

**4 момент** без особливостей.

##### **Біомеханізм пологів при простому плоскому тазі**

Всі особливості характерні для першого моменту біомеханізму пологів.

**I особливість** – тривале високе стояння голови стріловидним швом у поперечному розмірі площини входу в малий таз. Це зумовлено тим, що прямий і косий розміри малого тазу значно менші від поперечного і тому голова вставляється в той розмір, де зустрічається менший опір.

**II особливість** – розгинання голови доти, доки її малий поперечний розмір не досягне прямого розміру площини входу в таз. Велике тім'ячко розташовується нижче від малого і стає провідною точкою.

**III особливість** – асинклітичне вставлення голови плоду. Розрізняють передньотім'яний та задньотім'яний асинклітизм. При передньотім'яному - передньотім'яна кістка перша входить у вхід у малий таз, а задня - затримується мисом. Внаслідок цього стріловидний шов

наближається до мису. В такому положенні на висоті однієї з перейм голівка зісковзує з мису у порожнину малого тазу. Іноді в таз першою заходить задня тім'яна кістка, а передня затримується лобковими кістками. У такому разі стріловидний шов наближається до лобкового симфізу. Заднє плече впирається в мис і створюється задній асинклітизм Літцмана. Пологи при задньому асинклітизмі неможливі, бо разом з головою у площину входу в малий таз вклинюється заднє плече.

**IV особливість** – різка конфігурація голови.

#### **Біомеханізм пологів при плоскорухітичному тазі**

Особливості біомеханізму у першому моменті такі, як і при простому плоскому тазі. При проходженні голови через порожнину тазу пологи відбуваються дуже швидко, бо розміри порожнини і виходу з тазу дещо більші. Іноді спостерігаються стрімкі пологи і супроводжуються травмами м'яких тканин промежини.

#### **Біомеханізм пологів при загальнозвуженому тазі**

Перебіг пологів важкий, спостерігаються численні ускладнення. Тому їх доцільно закінчувати операцією кесаревого розтину.

#### **Ведення пологів**

Однією з умов сприятливого завершення пологів є своєчасна діагностика вузького тазу у жіночій консультації. Таких вагітних за 2 тижні направляють в акушерський стаціонар для ретельного обстеження й індивідуального прогнозування пологів. Для складання прогнозу треба знати ступені клінічної невідповідності передлеглої частини плоду і тазу матері.

**I ступінь невідповідності** – характеризується більшою тривалістю пологів, доброю конфігурацією голови. У разі активної пологової діяльності голова переборює перешкоди і пологи закінчуються самостійно.

**II ступінь невідповідності** характеризується:

- ◆ різко виражена конфігурація голови;
- ◆ тривале стояння голови в одній площині малого тазу;
- ◆ аномалії пологової діяльності;
- ◆ ознака Вастена врівень;
- ◆ ознаки притиснення сечового міхура (концентрована сеча).

У більшості випадків пологи закінчуються оперативно.

**III ступінь невідповідності** (абсолютна) характеризується:

- ◆ голова не вставляється і не просувається вниз;
- ◆ відсутня конфігурація голови;
- ◆ ознака Вастена позитивна;
- ◆ ознаки притиснення сечового міхура;
- ◆ несправжні “фальшиві” потуги;
- ◆ бурхлива пологова діяльність;
- ◆ симптоми загрози розриву матки.

Потрібно негайно зупинити пологову діяльність і закінчити пологи операцією кесаревого розтину або плодоруйнівою операцією (залежно від умов).

Для визначення ступеня невідповідності передньої частини плоду і тазу, роділлі можна користуватись такими положеннями. Якщо за вираженої пологової діяльності у разі відходження вод у тих, хто родить уперше, протягом 3-4 год, а хто родить повторно, протягом 2-3 год не відбувається просування голови, то це є клінічною ознакою невідповідності передлеглої частини та тазу матері.

Щоб запобігти ранньому відходженню вод, роділлі не дозволяють вставати. Рекомендують лежати на тому боці, де міститься спинка і потилиця плоду. Таке положення сприяє опусканню потилиці. Після відходження вод піхвове дослідження роблять повторно, щоб виявити чи не випала пуповина або рука.

Треба стежити за характером виділень із статевих шляхів (слиз, кров'янистий, сноєподібні) станом статевих органів (набряк, цианоз) і сечових шляхів. У разі затримки сечі роблять катетерезацію.

Якщо роділля втомилася, їй дають відпочити. Якщо слабка пологова діяльність – посилюють. Якщо розвивається бурхлива пологова діяльність – дають наркоз.

Уважно стежити за передлеглою частиною: лежить вона над входом в таз чи поступово опускається у порожнину його. При цьому визначають чи відповідають розміри таза голові плоду.

**Ознака Цангенмейстера.** Визначають наявність і ступінь підняття передньої поверхні голови над мисом.

Роділля лежить на боці. Спочатку вимірюють тазоміром зовнішню кон'югату, потім верхній гудзик тазоміра переносять з лобкового симфізу на найбільш виступаючу ділянку передньої поверхні голови (задній гудзик залишається на місці).

Якщо розміри голови відповідають розмірам таза, то зовнішня кон'югата буде на 3-4 см довша від відстані між головою та надкрижовою ямкою. Коли зовнішня кон'югата коротша, то це означає, що розміри голови не відповідають розмірам таза.

**Ознака Вастена** визначається після відходження вод і фіксації голови у площині входу в таз.

Долоню кладуть на лобковий симфіз і ковзають нею вгору на ділянку передлеглої голови. Якщо передня поверхня голови лежить вище від площини лобкового симфізу - це свідчить про невідповідність розмірів таза і голови (ознака Вастена позитивна). Пологи самостійно закінчитись не можуть.

Коли передня поверхня лежить на одному рівні з лобковим симфізом (ознака Вастена врівень), пологи можуть закінчитися двояко.

У випадку повної відповідності між тазом і головою передня поверхня голови лежить нижче від площини лобкового симфізу (ознака Вастена негативна). Пологи закінчуються самостійно.

Коли виникла вторинна слабкість пологових сил, є ознака гіпоксії плоду, то при голові; яка у порожнині таза або виході з нього, пологи закінчують накладання щипців.

При веденні пологів у жінок з вузьким тазом треба особливо уважно стежити за серцебиттям плоду. Поява ознак гіпоксії свідчить про необхідність заходів боротьби з цим ускладненням і прискорення пологів.

У новонародженого бувають деформована голова, велика родова пухлина, кефалогематома, крововиливи у мозок, перелом ключиці. Треба зберегти умови для операції кесаревого розтину, щоб у разі потреби у будь-який момент вдатися до цього втручання.

**Неправильним** називається таке положення плоду, коли вісь плоду та вісь матки не співпадають. До нього відносяться поперечне та косе положення.

**Поперечним** називається таке положення плоду при якому вісь його утворює з поздовжньою віссю матки прямий кут.

**Косе положення** - вісь плоду та матки перетинаються під гострим кутом.

Позиція плоду визначається за голівкою плоду. Якщо голова обернена ліворуч - це перша, якщо праворуч - друга позиція.

Вид визначають за положенням спини плоду. При передньому виді поперечного положення спина обернена наперед, при задньому назад.

#### **Причини:**

- багатоводдя;
- в'ялість черевної стінки;
- багатоплідна вагітність;
- вузький таз;
- передлежання плаценти;
- пухлини в нижньому сегменті матки;
- неправильна форма матки.

#### **Діагностика**

Не складна, перш за все звертає увагу на себе форма матки. Вона не овоїдна, а витягнута у поперечному або косому напрямі, дно її стоїть нижче ніж при поздовжньому положенні

плоду. При пальпації - голова та тазовий кінець розташовані у бокових відділах матки (голова ліворуч, сідниці праворуч, або навпаки), передлежачої частини над входом у таз немає. Серцебиття плода вислуховується на рівні пупка ближче до того боку, де лежить голова.

Піхвове дослідження під час вагітності і на самому початку пологів не дає чітких даних, тільки після розриву плідного міхура, вдається пропальпувати плече, ребра, ключиці (при задньому виді) або лопатку, остисті відростки хребців (при передньому виді).

Додатковим методом діагностики являється УЗД.

### **Ведення вагітності**

Неправильне положення плода до кінця вагітності може самостійно перейти в поздовжнє. Поворотів плода з косоного положення в поздовжнє сприяє лежання жінки на тому боці, де велика частина плода (голова, сідниці). Якщо неправильне положення плода зберігається при вагітності в 35 - 36 тиж., жінку направляють в стаціонар.

### **Протікання пологів, наслідки, ускладнення**

Пологи при поперечному положенні плода, які мимовільно протікають, закінчуються для матері розривом матки, або сепсисом, а для плода - внутрішньоутробною смертю.

Лише у виняткових випадках в першому періоді пологів при цілих водах під впливом правильного скорочення матки відбувається самоповорот, і плід стає у поздовжньому положенні.

Неблагоприємне протікання пологів при поперечних положеннях плода проявляється уже у першому періоді пологів, коли внаслідок відсутності пояса стикання немає, розділення вод на передні та на задні. Внутрішньоматковий тиск на нижню частину плідного міхура викликає розрив його ще при малому розкритті. Процеси ретракції та дистракції здійснюються неправильно. Тому розкриття зіву відбувається повільно. Зів, що розкрився, не заповнений передлежачою частиною, яка відсутня, поступово спадається. Крім того, звільнена від вод матка під впливом переїм тісно облягає плід, який лишається своєї рухливості. У вхід в таз вклинюється плечико, або бокова сторона тулуба. Води, що відходять, тягнуть за собою ручку або пуповину, тоді ці дрібні частини плода випадають. Пуповина перетискується і плід гине.

Вклинене у вхід в таз плечико або випавша ручка, по мірі розвитку переїм, все глибше опускається в порожнину малого тазу. Таким чином більша частина плода опиняється в порожнині розтягнутого нижнього сегмента матки і шийки. Настає загрозливий стан - **запущене поперечне положення плода**. Переїми, що посилюються можуть перейти в судомні або тетанічні, роділля стає неспокійною, з'являються симптоми загрозуючого розриву матки, який може перейти в розрив.

Може бути інший наслідок - проявляється вторинна слабкість переїм, розриву матки немає, але пологи зупиняються, плід гине, розвивається висхідна інфекція у матері, яка переходить у септичний стан.

Отже, пологи при поперечному положенні плода закінчуються неблагоприємно, якщо не надавати акушерської допомоги. Тільки при недоношених, мертвих і мацерованих плодах в рідкісних випадках можливе народження шляхом самоповороту плода, або здвоєним тулубом.

### **Ведення пологів**

У стаціонарі лікар може зробити спробу повороту плода з поперечного положення в поздовжнє зовнішніми прийомами. У разі безуспішності зовнішнього повороту під час пологів роблять внутрішній поворот з наступним витяганням плода. Внутрішній поворот виконують при повному розкритті зіву, якщо ще не відійшли води (плодовий міхур розривається під час повороту), або відразу після виливання їх. Тому під час пологів надзвичайно важливо зберегти цілим плодовий міхур до кінця першого періоду. Роділля забороняють вставати з ліжка, пропонують лежати на тому боці де розташована голова. При мимовільному відходженні вод негайно проводять піхвове обстеження. При повному розкритті

ш/м роблять поворот і витягають плід. В ряді випадків при поєднанні неправильного положення плоду з іншою патологією положорозрішення закінчують оперативним шляхом.

При задавненому поперечному положенні плід часто гине. У таких випадках вдаються до плодоруїнівних операцій.

### **Випадіння дрібних частин плоду і пуповини**

При поперечних (косих) положеннях часто у піхву випадає рука плода, а іноді й петля пуповини. Розрізняють передлежання і випадіння дрібних частин плоду і пуповини. Поки плодовий міхур цілий у ділянці передлеглої частини (або нижче від неї), через оболонки можна визначати дрібну частину або пуповину - говорять про передлежання їх. Про випадіння пуповини і дрібних частин говорять у тих випадках, коли вони локалізуються нижче великої передлеглої частини після відходження вод. Випадіння руки найчастіше зустрічається при поперечному положенні, однак спостерігається при поздовжньому. Випадання руки при головному передлежанні буває в тому разі, коли між головою і тазом є вільний простір. Тому це ускладнення зустрічається при недоношеному плоді, двійнятах (маленька голова), плоскому тазі, багатоводді (високо розташована голова на момент відходження вод). Випадання руки при поперечному положенні самостійного патологічного значення не має. При операції повороту плоду за ногу рука витягується в статеві шляхи саме під час повороту. При плодоруїнівній операції, рука, що випала, використовують як рукоятку для підтягування плода до низу і витягнення тулуба.

Випадання руки при головному передлежанні - небезпечне ускладнення пологів. Рука, яка лежить поряд з головою звужує простір таза і перешкоджає просуванню голови. У зв'язку з цим зганяння плоду стає утрудненим або навіть не можливим. Пологи сприятливо закінчуються лише тоді, коли голова невелика або випала не вся рука, а тільки кисть її.

При випаданні всієї руки виникають різні ускладнення: зтяжний період зганяння; ендометрит під час пологів; гіпоксія плоду, вторинна слабкість пологових сил, можливий розрив матки.

Передлежання та випадання руки визначають при піхвовому обстеженні. При передлежанні руки роділлю кладуть на бік, протилежний розташуванню передлеглої руки. При цьому дно матки з сідницями плода переміщається у той самий бік, а передлегла частина йде вгору. Після того як відійшли води голова опускається в таз і умови для випадання руки зникають.

При випалій руці необхідно її вправити. Якщо вправити її не вдається або вона знову випадає, то при водах, які щойно відійшли і рухомому плоді роблять поворот плода на ногу, в ряді випадків кесарів розтин. Якщо голова опускається в порожнину малого таза накладають акушерські щипці.

**Випадання пуповини** спостерігається при поперечних положеннях плода, коли нижній сегмент матки не заповнений передлеглою частиною. Випадання пуповини може статися при поздовжньому положенні, якщо передлегла частина не заповнює входу в таз. Випаданню пуповини сприяє її надмірна довжина. Петля пуповини, що випала легко стискається, тому вона не перешкоджає проходженню передлеглої частини через родовий канал. Проте це ускладнення є дуже небезпечним для плоду. Випала пуповина стискається між передлеглою частиною і стінкою таза, кровообіг плода порушується і плід гине, якщо не буде вчасно подана допомога.

Загибелі плода можна запобігти при своєчасному розпізнаванні випадання пуповини і правильному виборі метода ведення пологів. Випадання пуповини звичайно буває під час відходження вод, тому для діагностики цього ускладнення треба робити піхвове дослідження безпосередньо після того як відійшли води. Петлю пуповини, яка випала у піхву, треба досліджувати дуже обережно, бо подразнення спричиняє її спазм і погіршує кровообіг плоду. Якщо судини пульсують, плід живий, коли немає пульсації не тільки під час перейм, а й у паузах між ними, плід загинув.

Якщо вдається встановити діагноз передлежання пуповини, роділлю кладуть на бік, протилежний передлеглої пуповині. При такому положенні петля пуповини може відійти вгору, голова після відходження вод опускається і заповнює вхід у таз.

При випалій пуповині і живому плоді потрібна термінова допомога. При поперечному положенні, повному відкритті зіву, рухомому плоді роблять поворот плода за ногу з наступним витягом його. Якщо пуповина випала при рухомій голові води відійшли не давно відкриття зіву повне також показані поворот і виймання плода. При тазовому передлежанні і повному відкритті зіву, якщо виникають ознаки гіпоксії плода, пологи закінчують витяганням плода за ногу або паховий згин. При опусканні сідниць або ніг, якщо плід невеликий стискання пуповини буває не завжди, у таких випадках вичікують, уважно стежать за серцебиттям плода. При неповному відкритті зіву намагаються заправити петлю пуповини і закінчують пологи оперативним шляхом.

### Література

1. Грищенко В.І., Щербина М.О. Акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009.
2. Назарова І.В. Невідкладні стани в акушерстві: навч. посіб. - К.: Медицина, 2008. - 104с.
3. Назарова І.Б. Медсестринство в акушерстві: підручник. - К.: Медицина, 2008. - 224 с.
4. Назарова І.Б., Самойленко В.Б. Фізіологічне акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009. - 407 с.
5. Хміль С.В., Романчук Л.І., Кучма З.М. Акушерство: підручник. - Тернопіль: Підручники і посібники, 2008. - 624 с.