

Лекція № 8

Тема: Тазові передлежання плода. Розгинальні вставлення голівки плода

План

1. Уявлення про тазові передлежання. Причини. Класифікація. Діагностика. Особливості перебігу та ведення вагітності. Біомеханізм пологів. Ведення пологів. Ручна допомога при суто сідничному та ніжному передлежаннях.

2. Види розгинальних передлежань. Причини. Діагностика. Особливості ведення пологів при розгинальних передлежаннях голівки плода. Показання для оперативного розродження.

Тазове передлежання плода - це положення плода, яке характеризується розташуванням тазового кінця плода відносно площини входу до малого таза. Частота тазового передлежання у разі доношеної вагітності одним плодом складає 3-3,5% від загальної кількості пологів, проте у 8 разів частіше ускладнює перебіг пологів. Перинатальна смертність у 4-5 разів переважає втрату дітей у пологах при головному передлежанні. Тому пологи при тазовому передлежанні згідно з клінічним протоколом Наказу МОЗ України №899 від 27.12.2006 розглядають як пограничні між нормальними й патологічними.

Класифікація тазових передлежань:

I. Сідничне передлежання (згинальне):

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

II. Ніжне передлежання (розгинальне):

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

Причини, які призводять до тазових передлежань:

- підвищена чи, навпаки, обмежена рухова активність плода (при багатоводді, маловодді, недоношеній чи багатоплідній вагітності, вроджених аномаліях плода (аненцефалія, гідроцефалія), аномаліях розвитку матки (сідлоподібна, двоорога матка, наявність перегородки в матці);

- наявність перешкод до вставлення голівки у вхід в малий таз (вузький таз, передлежання плаценти, пухлина нижнього сегмента матки та яєчників);

- зниження тонуусу матки і збудливості її рецепторного апарату.

Діагностика тазових передлежань

Для діагностики тазових передлежань використовують зовнішнє акушерське дослідження. Над входом або у вході в порожнину малого таза пальпується неправильної форми передлегла частина м'якуватої консистенції, яка не балотує. У дні матки визначається округлої форми щільної консистенції балотуюча голівка. Серцебиття плода прослуховується вище або на рівні пупка, залежно від позиції - праворуч або ліворуч.

При повному відкритті маткового вічка, відходженні вод внутрішнє акушерське дослідження дозволяє отримати чіткі дані про характер передлеглої частини. При сідничному передлежанні пальпують об'ємну м'яку частину плода, сідничні горби, крижі, щілину між сідницями, задньопрхідний отвір, статеві органи (у хлопчиків). При неповному сідничному передлежанні можливо визначити паховий згин: при повному - знаходять стопу, що лежить поряд із сідницями, сідничні горби та анус плода розташовані в одній площині. Ніжне передлежання діагностується легко - знаходять п'яткову кістку, рівні, короткі пальці, великий

палець не відступає і малорухомий, великий палець ніжки неможливо притиснути до підшви. Розміщення крижів сприяє визначенню позиції та виду.

Для діагностики тазових передлежань використовують ультразвукове дослідження. Цей метод дозволяє визначити положення плода, його передлеглу частину, місце розташування плаценти, кількість навколоплодових вод та стан внутрішньоутробного плода. УЗД - найінформативніший метод діагностики, дозволяє визначити не лише тазове передлежання, але й очікувану масу, положення голівки (ступінь розгинання), локалізацію плаценти, кількість навколоплодових вод, обвиття пуповиною, наявність аномалії розвитку плода тощо.

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

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

Попередній діагноз тазового передлежання встановлюють у терміні вагітності 30 тижнів, а остаточний - у 37-38 тижнів. Починаючи з 32 тижня вагітності частота самовільного повороту рі зко зменшується, тому корекцію положення плода доцільно проводити саме після цього терміну вагітності.

Розміри плечиків і сідниць плода. Поперечний розмір плечиків 12 см, обвід 35 см. Окружність плечиків разом з ніжками і ручками (при чистому сідничному передлежанні) - 39-41 см. Поперечний розмір сідниць - 9,5 см, окружність - 28 см (при повному ніжному передлежанні). При чистому сідничному передлежанні окружність сідниць - 32 см. Окружність сідниць при змішаному сідничному передлежанні - 34 см.

Перебіг вагітності при тазових передлежаннях

Вагітність при тазових передлежаннях перебігає так само, як при головних. В терміні 30 тижнів з метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати: положення на боці, протилежному позиції плода, колінно-ліктяве положення по 15 хв. 2-3 рази на добу.

З 32 до 37 тижнів призначають комплекс коригуючих гімнастичних вправ, *протипоказаннями для проведення яких є:* загроза передчасних пологів, передлежання плаценти, низьке прикріплення плаценти, анатомічно вузький таз II-III ступенів.

У терміні 38 тижнів вагітності визначають необхідність госпіталізації до акушерського стаціонару, де можливе проведення зовнішнього повороту плода на голівку за поінформованої згоди вагітної.

Біомеханізм пологів при тазових передлежаннях плоду

При сідничному передлежанні народження плоду відбувається у 4 етапи.

I. Народження сідниць. Першим моментом є вставлення сідниць міжвертлюжною лінією у поперечному або косому розмірі площини входу в малий таз. Першою вставляється передня сідниця. Вона відіграє роль провідної точки. На ній розташовується пологова пухлина.

Для другого моменту характерний внутрішній поворот сідниць при переході з широкої частини у вузьку порожнину малого тазу. Завершується він в ділянці дна таза. Міжвертлюжна лінія стає у прямому розмірі площини виходу з тазу.

Під час врзування і прорізування сідниць (третьій момент) відбувається просування передньої сідниці доти, доки гребінь клубової кістки (перша точка фіксації) не увіпреться в нижній край лобкового симфізу. Тоді починає з'являтися задня сідниця, а згодом передня. Четвертий момент – зовнішній поворот сідниці. В цей час у площину входу в малий таз вставляється плечовий пояс (поперечний розмір становить 12 см).

II. Народження до пупка. Після народження сідниць за одну-дві потуги народжується плід до пупка. При пульсації судин пуповини пологи продовжуються консервативно.

III. Народження до нижнього краю лопаток. Спочатку народжується кут передньої лопатки. У цей час голова вставляється у вхід в малий таз і пуповина стискається. Тому пологи треба швидко завершувати.

IV. Народження плечового поясу і голови. Першим етапом являється народження плечового поясу. Плечі входять своїм поперечним розміром у косий розмір тазу. У виході з тазу вони переходять у прямий розмір. Переднє плече фіксується під нижнім краєм лобкового симфізу, а заднє викочується над промежиною. Руки, схрещені на грудній клітці, випадають самі або їх звільняють.

Другим моментом являється народження голови. Голова у зігнутому стані входить у косий розмір тазу (протилежний тому, через який проходили сідниці). У порожнині тазу вона повертається потилицею наперед (до лобка). Коли в статевій щілині показується шийка плоду голова впирається в нижній край лобкового симфіза підпотиличною ямкою, що є точкою фіксації, навколо якої відбувається прорізування. Над промежиною послідовно з'являються підборіддя, обличчя, чоло, тім'я, потилиця. Голова прорізується малим косим розміром.

При тазовому передлежанні нерідко виникають відхилення від норми під час пологів. Це ускладнення несприятливо позначається головним чином на стані плоду.

До важких ускладнень пологів при тазовому передлежанні належить закидання рук.

При I ст. руки відходять від грудної клітки і розташовуються на рівні обличчя, при II ст. - на рівні скроні, у разі III ст. - руки лежать за потилицею.

У разі патологічного пербігу пологів може виникати задній вид (спина плоду повернута назад). Без акушерської допомоги народження голови затримується, і плід гине від гіпоксії.

Ведення пологів при тазовому передлежанні

Перебіг пологів при тазових передлежаннях характеризується великою кількістю ускладнень. У першому періоді пологів можливе передчасне і раннє відходження навколоплодових вод. Це ускладнення особливо часто зустрічається при ніжних передлежаннях. Тазовий кінець менший за голівку, тому він в тазі не прилягає щільно до пологового каналу, лінія стикування відсутня, передні і задні води не розділені. При кожній переймі навколоплодові води спрямовуються в нижній відділ матки, оболонки не витримують великого напруження і розриваються передчасно. При відходженні навколоплодових вод може відбутись випадання пуповини. При цьому часто зустрічається слабкість пологової діяльності, особливо при ранньому і передчасному відходженні навколоплодових вод.

В другому періоді пологів також можуть виникати ускладнення: слабкість пологової діяльності, гіпоксія плода і асфіксія новонародженого, закидання ручок, розгинання і защемлення голівки, утворення заднього виду. Враховуючи це необхідно упевнитися, що є всі необхідні умови для безпечного проведення пологів через природні пологові шляхи та відсутні показання до кесаревого розтину. Необхідно слідкувати за перебігом I періоду пологів шляхом ведення партограми, реєстрації КТГ протягом 15 хвилин кожні 2 години. У разі розриву плодових оболонок негайно провести внутрішнє акушерське дослідження для виключення випадання пуповини. Другий період пологів слід вести з мобілізованою веною для внутрішньовенного введення 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину (до 20 крапель за хвилину). За показаннями проводять епізіотомію, пудентальну анестезію. Другий період пологів ведуть у присутності анестезіолога-неонатолога. Пологи у сідничному передлежанні має проводити досвідчений кваліфікований фахівець.

Ручна допомога при чисто сідничному передлежанні за методом Цов'янова I

Мета допомоги: підготувати родові шляхи до проходження голівки, попередити закидання ручок і розгинання голівки шляхом збереження попереднього членорозміщення плода.

При нормальному членорозміщенні плода ніжки витягнуті вздовж тулуба і притискають схрещені на грудях ручки, стопа витягнутої ніжки досягає рівня обличчя і підтримує згинання підборіддя до грудної клітки. Допомогу надають після прорізування сідниць. Їх захоплюють таким чином, щоб великі пальці розміщувались на притиснутих до живота ніжках,

а решта пальців обох рук - вздовж крижів. Сідниці направляють догори. При поступовому народженні тулуба руки лікаря просувають у напрямку до статевої щілини, обережно притискуючи ніжки до грудей, щоб вони не народились раніше плечового пояса. Після народження нижнього кута передньої лопатки сідниці направляють вниз у бік стегна роділлі (до якого повернута спинка плода), що полегшує народження передньої ручки. Для народження задньої ручки і голівки тулуб плода спрямовують догори, на живіт роділлі. Після завершення внутрішнього повороту голівка народжується самостійно, при цьому лікар піднімає тулуб вгору, до живота роділлі.

Якщо за 2 потуги вивести плечовий пояс і голівку за методом Цов'янова не вдається, то плечовий пояс та голівку виводять, використовуючи прийоми класичної ручної допомоги.

Ручна допомога при ніжному передлежанні за методом Цов'янова II

Мета допомоги: підготувати родові шляхи для проходження голівки. Цього досягають шляхом затримки народження ніжок до повного розкриття маткового вічка. Затримування ніжок сприяє повному розкриттю маткового вічка, тому що при цьому утворюється змішане сідничне передлежання. На повне розкриття маткового вічка вказує сильне випинання промежини, зняття ануса, часті й сильні потуги, висота стояння контракційного кільця на 5 поперечних пальців вище симфіза.

До надання допомоги приступають при опусканні ніжок у піхву, що можливо при відходженні навколоплодових вод і відкритті маткового вічка на 6-7 см.

Техніка допомоги. Стерильною пелюшкою накривають зовнішні статеві органи роділлі і долонею, яку прикладають до вульви, перешкоджають передчасному народженню ніжок.

При появі ознак, які вказують на повне розкриття маткового вічка, припиняють протидію просуванню ніжок і вичікують до народження плода до нижнього кута передньої лопатки. Відтак приступають до виведення плечового пояса та голівки прийомами класичної ручної допомоги.

Ручна допомога при змішаному сідничному передлежанні

При змішаному сідничному передлежанні можна спробувати вивести плечовий пояс *прийомом Мюллера*. Плід беруть за ніжки і відтягують тулуб вниз для народження передньої ручки, а потім догори, поки не народиться задня ручка. Голівку виводять за методом Морісо-Левре. Слід пам'ятати, що цей прийом може бути використаний лише у жінок, що народжують повторно і при активних потугах. Якщо за 1-2 потуги ручки не народжуються, вдаються до класичної ручної допомоги.

Класична ручна допомога

Мета допомоги: звільнення ручок і голівки плода, який народжується в змішаному сідничному передлежанні.

До надання допомоги приступають після народження плода до нижнього кута передньої лопатки.

При змішаному (повному) сідничному передлежанні акушерка підтримує тулуб плода (тракції не робити) і чекає народження нижнього кута передньої лопатки. З цього моменту приступає до надання класичної ручної допомоги, яка полягає у звільненні ручок і голівки. Звільнення завжди розпочинається з виведення задньої ручки одноименною рукою акушера.

Всі маніпуляції при класичній ручній допомозі поділяються на 4 моменти:

1-й момент - звільнення задньої ручки. Для виконання цього прийому захоплюють ніжки плода в ділянці гомілковостопного суглоба і відводять до відповідного стегна матері (протилежного тому, біля якого розміщена спинка) і дещо-допереду. Вказівним і середнім пальцем другої руки просуваються по лопатці, плічку до ліктьового згину і без насилля виводять ручку. Слід пам'ятати, що ручка повинна ковзати по личку, грудній клітці, роблячи «вмивальний» рух. У жодному разі не можна спрямовувати ручку в бік промежини.

2-й момент - переведення передньої ручки у ділянку крижової западини. Плід захоплюють таким чином, щоб великі пальці розмістились уздовж хребта, а інші - на грудній клітці. Потрібно слідкувати, щоб звільнена ручка не звисала. Плід повертають навколо його осі таким чином, щоб потилиця пройшла під симфізом. Повертаючи плід, не можна його

відтягувати донизу. Навпаки, необхідно ніби «підштовхувати» його в глибину таза. Так легше повертати плід і запобігти закиданню ручок. Коли передня ручка буде знаходитись біля крижів, розпочинають **3-й момент** - звільнення другої ручки. Його проводять так само, як і звільнення першої.

4-й момент - звільнення голівки. Здійснюють тією рукою, яка останньою виводила ручку. Плід розміщують «верхи» на передпліччі, вказівний палець вводять у рот плода. Зовнішня рука вилкоподібно розміщується на плечовому поясі плода. Здійснюють тракції донизу і на себе, а потім догори.

Для запобігання розгинанню голівки, асистент через черевну стінку здійснює легкий тиск на голівку плода. Під час надання допомоги лікарем, акушерка захищає промежину. При необхідності роблять епізіотомію.

Розгинальне передлежання голови плоду

Приблизно 0,5-1% усіх пологів відбуваються при розгинальних передлежаннях. Особливістю цієї групи передлежань є те, що замість згинання голівки наявне різною мірою виражене розгинання.

До розгинальних передлежань відносять *передньоголовне, лобне та лицеве* передлежання.

До акушерських ситуацій, які сприяють виникненню цих передлежань, належать:

з боку матері:

- вузький таз (особливо плоский таз);
- зниження тонуусу матки, передньої черевної стінки (відвислий живіт), м'язів тазового дна;

з боку плода:

- малі чи надміру великі розміри голівки плода;
- уроджені пухлини в ділянці шиї плода (пухлини щитоподібної залози);
- зниження рухомості шийного відділу хребта дитини;
- аномалії розвитку плода (гідроцефалія, аненцефалія).

Передньоголовне передлежання

Це перший ступінь розгинання голівки.

Діагностика ґрунтується передовсім на даних внутрішнього акушерського дослідження: пальпуються обидва тім'ячка, і мале, і велике, причому велике знаходиться дещо нижче малого і є провідною точкою.

Біомеханізм пологів при передньоголовному передлежанні.

I момент - помірне розгинання голівки. Стрілоподібний шов пальпується у поперечному чи трохи косому розмірі входу у малий таз. Голівка фіксується до входу в таз не великим поперечним розміром, як при згинальних передлежаннях, а малим (особливо це виражено при вузьких тазах), тому при дії скорочень матки настає незначне розгинання голівки. Внаслідок розгинання голівка проходить через таз своїм обводом, який відповідає прямому розміру (diameter frontooccipitalis - 12 см, обвід голівки по цьому розмірі - 34 см). Провідною точкою стає велике тім'ячко.

II момент - внутрішній поворот голівки. Голівка опускається у порожнину таза, розпочинаючи, разом із поступальним, обертальний рух. Поворот голівки завершується на тазовому дні, причому голівка обертається обличчям до лона, а потилицею - до крижів. Пологи відбуваються у задньому виді.

III момент - згинання голівки. Провідною точкою при передньоголовному передлежанні є велике тім'ячко, тому ця ділянка першою з'являється з пологових шляхів. Після прорізування тім'яних та лобних горбів голівка фіксується до нижнього краю симфізу ділянкою надперенісся, створюється перша точка фіксації, навколо якої голівка згинається. Згинання триває доти, поки потиличний горб не підійде до ділянки крижово-куприкового зчленування.

IV момент - розгинання голівки. Після утворення другої точки фіксації (ділянка потиличного горба фіксується до крижово-куприкового з'єднання) відбувається розгинання голівки. З-під лона народжується обличчя плода.

V момент - внутрішній поворот тулуба і зовнішній поворот голівки. Цей момент відбувається так само, як при передньому виді потиличного передлежання.

Особливості перебігу пологів при передньоголовному передлежанні: другий період є тривалішим, оскільки народження плода розміром, обвід якого значно більший, ніж при згинальних передлежаннях, потребує сильної пологової діяльності, просування плода сповільнюється, часто виникає гіпоксія плода. Прорізування голівки у задньому виді і значне перерозтягнення промежини при цьому призводить до частих травм матері.

Пологи при передньоголовному передлежанні ведуть здебільшого консервативно, але велика частота ускладнень зумовлює необхідність застосування акушерських операцій - накладання акушерських щипців, кесарського розтину, при мертвому плоді - плодоруйнівних операцій.

Лобне передлежання

Це II ступінь розгинання голівки.

Зустрічається дуже рідко - 0,02%, але є тяжким ускладненням, оскільки пологи доношеним плодом при такому ступені розгинання неможливі.

Діагностика. При зовнішньому акушерському дослідженні над входом у таз пальпується голівка великих розмірів, можна пропальпувати підборіддя, кут між спинкою та потиличною частиною голівки плода. Серцебиття плода краще прослуховується з боку грудної клітки, яка у такому положенні виявляється притиснутою до стінки матки, а не з боку спинки.

При внутрішньому акушерському дослідженні визначають лоб, лобний шов, передній кут великого тім'ячка, корінь носа, надбрівні дуги. При лобному передлежанні, на відміну від лицевого, ні обличчя, ні рот, ні підборіддя плода не пальпуються.

Біомеханізм пологів при лобному передлежанні

I момент - розгинання голівки. Голівка вставляється у вхід в малий таз так, що лобний шов пальпується у поперечному чи трохи косому розмірі входу у малий таз і розгинається. Голівка проходить через таз своїм обводом, який відповідає великому косому розміру (13 см, обвід голівки по цьому розміру — 36 см). Провідною точкою є середина лобного шва. Голівка витягується у вигляді клина, родова пухлина утворюється в ділянці лоба.

У випадку пологів доношеним плодом подальше просування плода неможливе, оскільки розміри розігнутої голівки значно більші, ніж розміри порожнини малого таза. Лише при передчасних пологах, маленьких розмірах голівки та добрій її здатності до конфігурації, достатній пологовій діяльності пологи можуть продовжуватися.

II момент - внутрішній поворот голівки. Поворот голівки відбувається на тазовому дні, причому голівка обертається обличчям до лона, а потилицею - до крижів. Пологи відбуваються у задньому виді.

III момент - згинання голівки. Утворюється перша точка фіксації - ділянка верхньої щелепи, навколо якої голівка згинається.

IV момент - розгинання голівки. Потиличний горб підходить до крижово-куприкового зчленування, утворюється друга точка фіксації, навколо якої відбувається незначне розгинання голівки. Народжується нижня частина обличчя плода.

V момент - внутрішній поворот тулуба і зовнішній поворот голівки відбуваються так само, як при передньому виді потиличного передлежання.

Особливості перебігу пологів при лобному передлежанні. Пологи завжди є патологічними. При невчасній діагностиці голівка вкочується в малий таз, другий період затягується, можуть виникнути такі ускладнення як утворення сечостатевої фістули у матері внаслідок тривалого перебування голівки в одній площині і стиснення м'яких тканин з їх наступним некрозом, важкі травми родових шляхів, розрив матки. З боку плода виникає тяжка гіпоксія, можливі черепно мозкові травми.

З огляду на такі небезпечні ускладнення пологи краще завершити шляхом кесарського розтину одразу після встановлення діагнозу. У випадку аномалій розвитку плода чи при його антенатальній загибелі показана плодоруйнівна операція.

Лицеве передлежання

Це III ступінь розгинання голівки.

Це передлежання зустрічається частіше, ніж два попередніх.

Лицеве передлежання може створюватися первинно, внаслідок пухлини в ділянці шийного плода і вторинно, коли лобне вставлення голівки переходить в подальшому, в порожнині таза, внаслідок максимального розгинання, у лицеве.

Діагностика. При зовнішньому акушерському дослідженні можна пропальпувати підборіддя, кут між спинкою та голівкою плода. Серцебиття плода краще прослуховується з боку грудної клітки.

При внутрішньому акушерському дослідженні визначають підборіддя, ротик, ніс, очі. Провідною точкою при лицевому передлежанні є підборіддя.

При утворенні родової пухлини на обличчі плода при вагінальному дослідженні можуть виникнути труднощі при дифдіагностиці лицевого і сідничного передлежання. При лицевому пальпують носик, ротик, очі плода, при сідничному - куприк, сідничні горби, анус, статеві органи. Слід бути дуже обережним при дослідженні, особливо при пальпації очних западин, щоб не завдати дитині травми, не варто також вводити палець у ротик плода, щоб не спричинити передчасних дихальних рухів.

Біомеханізм пологів при лицевому передлежанні.

I момент - максимальне розгинання голівки. Лицева лінія (лінія, що йде від лобного шва до підборіддя) вставляється у площину входу в малий таз у поперечному чи трохи косому розмірі. Розігнута голівка проходить через таз своїм обводом, який відповідає вертикальному розміру (*diameter verticalis s. trachelobregmatica* - 10 см, обвід голівки по цьому розміру - 33 см). Провідною точкою є підборіддя.

II момент - внутрішній поворот голівки. Голівка опускається у порожнину таза, розпочинаючи, разом із поступальним, обертальний рух. Поворот голівки завершується на тазовому дні. Голівка обертається обличчям до лона, а потилицею - до крижів. Пологи відбуваються у задньому виді. У випадку створення переднього виду лицевого передлежання, коли підборіддя обертається до крижів, пологи природними пологовыми шляхами відбутися не можуть, оскільки обвід тулуба плода разом із розігнутою голівкою занадто великий.

III момент - згинання голівки. Голівка фіксується до нижнього краю симфізу ділянкою під'язикової кістки, навколо якої голівка згинається і народжується. Родова пухлина розміщується на обличчі плода, тому личко дитини набрякле, синюшне.

IV момент — внутрішній поворот тулуба і зовнішній поворот голівки. Цей момент відбувається так само, як при передньому виді потиличного передлежання.

V момент - внутрішній поворот тулуба і зовнішній поворот голівки.

Особливості перебігу пологів при лицевому передлежанні

Значно частіше виникає передчасне та раннє вилиття навколоплодових вод. Зростає тривалість пологів, майже удвічі вища кількість ускладнень у вигляді гіпоксії плода, пологових травм. Через значне розтягнення промежини часто доводиться вдаватися до епісіотомії або перінеотомії.

Створення переднього виду лицевого передлежання є показанням до кесаревого розтину. Якщо ця патологія діагностована надто пізно, коли голівка вже вколотилася в малий таз, у випадку важкої гіпоксії та внутрішньоутробної загибелі плода вдаються до краніотомії.

Аномалії вставлення голівки

При згинальних та розгинальних передлежаннях голівка завжди вставляється у вхід в малий таз таким чином, що її стрілоподібний шов стоїть у поперечному або косому розмірі входу в малий таз. Відхилення від цього правила є явищем патологічним.

Положення голівки, коли стрілоподібний шов стоїть у прямому розмірі входу в малий таз, називається високим прямим стоянням голівки. Розрізняють *передній* - коли мале тім'ячко знаходиться ближче до лона, та *задній* вид - потилиця обернена до мису крижів.

Основною причиною такого положення голівки є вузький таз (зокрема поперечнозвужений, коли прямі розміри таза переважають поперечні). Якщо форма таза дозволяє, у деяких випадках голівка не здійснює внутрішній поворот і народжується у такому ж положенні. Проте частіше народження плода затруднене, або й неможливе. Тоді виникають показання до оперативного втручання.

Діагностика. При зовнішньому акушерському дослідженні привертають увагу невеликі розміри голівки, оскільки поперечні розміри її менші, ніж поздовжні. При внутрішньому - сагітальний шов пальпується у прямому розмірі входу в малий таз. Голівка сильно зігнута. Крижова западина вільна.

Перебіг пологів. Другий період пологів при високому прямому стоянні голівки здебільшого дуже тривалий. Голівка довго стоїть в одній площині, чим створює передумови для виникнення сечостатевих фістул. Можливий розрив матки. Розвивається тяжка гіпоксія плода. Лікар повинен вчасно діагностувати це відхилення від нормального біомеханізму пологів і вирішити питання про необхідність застосування операції кесарського розтину чи плодоруйнівної операції (при мертвому плоді).

Низьке поперечне стояння голівки

Так називають положення голівки, коли стрілоподібний шов у площині виходу з малого таза знаходиться у поперечному розмірі. Розрізняють *середнє поперечне стояння голівки* (поперечне стояння стрілоподібного шва діагностують у порожнині таза) і *низьке* або *глибоке*, коли таке положення зберігається аж до площини виходу з таза.

Причиною такого відхилення від нормального біомеханізму пологів є вузький таз. Зокрема, однією з особливостей біомеханізму пологів при простому плоскому тазі є те, що голівка не здійснює внутрішній поворот, оскільки усі площини плоского таза витягнуті у поперечному розмірі, тому голівка доходить до тазового дна, не здійснюючи поворот.

Діагностика ґрунтується на даних внутрішнього акушерського дослідження.

Перебіг пологів. В деяких випадках, за умови активної пологової діяльності, поворот голівки може відбутися уже на тазовому дні, тоді пологи завершуються самостійно. Якщо тенденції до повороту немає, не слід допускати тривалого перебування голівки у площині виходу з таза, потрібно завершити пологи шляхом накладання акушерських щипців або вакуум-екстракцією. Кесарський розтин у цій ситуації неприйнятний, оскільки положення голівки не дозволяє проведення цієї операції.

Література

1. Грищенко В.І., Щербина М.О. Акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009. - 408 с.
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.