

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КЗ КОР "ЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ"**

Освітньо-професійний ступінь: Фаховий молодший бакалавр

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Спеціальність: 223 «Медсестринство»

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Освітній компонент: «Медсестринство в акушерстві»

Методична розробка лекційного заняття з теми:

«Вузькі тази. Неправильні положення плода»

Підготувала викладачка
Тетяна КРАВЧЕНКО,
спеціаліст вищої категорії,
викладач-методист

РОЗГЛЯНУТО

на засіданні циклової комісії

клінічних дисциплін

Протокол № _____ від « _____ » _____ 2025

Голова комісії _____ Марія ШУЛЛА

Яготин

2025

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ

Тема лекції: Вузькі тази. Неправильні положення плода

Курс: 2, семестр 3

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Кількість навчальних годин: 2 години

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Проблема вузького тазу відноситься до важливого і складного питання в акушерстві, особливо в теперішній час в зв'язку з зростанням частоти народження дітей великої маси. Це приводить до зростання частоти клінічно вузьких тазів і виникнення ускладнень, що загрожують здоров'ю і життю матері і плода. Необхідність вивчення цієї теми при підготовці лікарів усіх спеціальностей пояснюється ще і тим, що у формуванні анатомічно вузького тазу приймають участь багато факторів: ендокринні, обмінні, інфекційні, має значення правильне фізичне виховання і розвиток дітей і підлітків. Чітке уявлення про діагностику і клініку вузьких тазів дає можливість передбачити ці ускладнення та прогнозувати закінчення пологів і вибрати правильну тактику родорозрішення. Все це забезпечує зниження кількості ускладнень та покращання стану здоров'я матері і дитини.

2. МЕТА ЛЕКЦІЇ:

а) Навчальна:

Для формування вмінь здобувач освіти повинен знати:

- 1.Поняття анатомічно та клінічно вузького тазу.
- 2.Класифікацію вузьких тазів.
- 3.Форми вузьких тазів,що найчастіше зустрічаються.
- 4.Поняття про неправильні положення плода: причини виникнення, діагностика,профілактика ускладнень.
- 5.Коригувальна гімнастика.
- 6.Як вимірювати зовнішні розміри тазу.
- 7.Як вимірювати індекс Соловйова.
- 8.Як обчислити справжню кон'югату.
- 9.Як вимірювати додаткові розміри тазу.
10. Діагностику неправильного положення плода.
- 11.Техніку проведення коригувальної гімнастики.

В результаті проведення заняття здобувач освіти повинен уміти:

- 1.Дати визначення поняттям анатомічно та клінічно вузького тазу.
- 2.Розказати класифікацію вузьких тазів.
- 3.Охарактеризувати форми вузьких тазів, що найчастіше зустрічаються.
- 4.Сформулювати поняття про неправильні положення плода: причини виникнення, діагностику, профілактику ускладнень.
- 5.Розказати про значення коригувальної гімнастики.

- 6.Розказати як вимірювати зовнішні розміри тазу.
- 7.Розказати як вимірювати індекс Соловйова.
- 8.Обчислити справжню кон'югату.
- 9.Розказати як вимірювати додаткові розміри тазу.
- 10.Охарактеризувати діагностику неправильного положення плода.
- 11.Провести коригувальну гімнастику.

б) Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність,
- спостережливість ,
- тактовність .
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

3. КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ:

Після вивчення освітнього компонента здобувачі освіти повинні оволодіти компетентностями:

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 1. Здатність до застосовування професійних стандартів та нормативно-правових актів у повсякденній медичній практиці.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.

РН. 2. Застосовувати сучасні цифрові та комунікативні технології для пошуку інформації та документування результатів професійної діяльності.

РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.

РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.

РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги.

4. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ:

Освітній компонент	Знати	Вміти
1. Попередні (забезпечуючі) освітні компоненти: анатомія та фізіологія людини, основи латинської мови з медичною термінологією, медсестринський догляд за пацієнтами та основи медичної маніпуляційної техніки, медсестринство у внутрішній медицині.	Анатомію та фізіологію жіночих статевих органів, жіночого тазу, медичну термінологію, методи обстеження, медсестринський догляд.	Вміти показати будову жіночих статевих органів, жіночого тазу на таблицях, схемах, муляжах, фантомах, назвати необхідні медичні терміни, зібрати анамнез, провести об'єктивне обстеження органів та систем, здійснювати медсестринський догляд.
2. Наступні компоненти (що забезпечуються): анестезіологія та реаніматологія, медсестринство у хірургії, медсестринство в гінекології,	Клінічні прояви патології.	Визначати симптоми, проводити диференційовану діагностику захворювань органів черевної порожнини

		та малого тазу.
3. Внутрішньопредметна інтеграція (теми даного компонента, з якими інтегрується той, що вивчається):	Анатомію та фізіологію жіночих статевих органів, жіночого тазу, скарги, анамнез, проведення об'єктивного обстеження органів і систем; акушерський анамнез; акушерське обстеження; пологи, їх періоди.	Зібрати акушерський анамнез; виміряти розмір жіночого тазу, проводити огляд у дзеркалах, бімануальне піхвове дослідження; проводити зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження.

5. ПЛАН ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

№ з/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Цілі в рівнях абстракції	Тип лекції, методи і засоби активізації студентів, , обладнання	Розподіл часу у % %
1	2	3	4	5
	Підготовчий етап Визначення навчальних цілей і мотивація Основний етап План викладення лекційного матеріалу. 1.Поняття анатомічно та клінічно вузького тазу. 2.Класифікацію вузьких тазів. 3.Форми вузьких тазів,що найчастіше зустрічаються. 4.Поняття про неправильні положення плода:	аП аП аП аП	Тематична лекція із застосуванням наочності, ТЗН.	85-90 %

	причини виникнення, діагностика,профілак тика ускладнень. 5.Коригувальна гімнастика. 6.Як вимірювати зовнішні розміри тазу. 7.Як вимірювати індекс Соловйова. 8.Як обчислити справжню кон'югату. 9.Як вимірювати додаткові розміри тазу. 10. Діагностику неправильного положення плода. 11.Техніку проведення коригувальної гімнастики.	аП аП аП аП аП аП		
1.	2.	3.	5.	6.
	Заключний етап 1.Резюме лекції, загальні висновки 2.Відповіді на можливі запитання 3.Завдання для самопідготовки студентів		Питання, проблеми і ситуації, задачі, тести, схеми, засоби наочності, технічні засоби навчання, навчальні посібники тощо. Перелік літератури, домашнє завдання: <i>Медсестринство в</i> <i>акушерстві: підручник /</i> С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.176-178	15 хв.

6. ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

- а) структурно-логічна схема змісту теми;
- б) тези або конспект лекції:

ВУЗЬКІ ТАЗИ

Перебіг першої половини вагітності при звуженому тазі не відрізняється від звичайного. Тільки при загинах матки назад на 3-4 місяці вагітності у жінки із звуженим тазом може статися защемлення матки, чому сприяє виступаючий мис рахітичного тазу.

Несприятливий вплив звуженого тазу на перебіг вагітності проявляється в основному в останні її місяці.

При нормальному тазі у першовагітних голівка плода за 2-3 тижні до пологів (у повторнонароджуючих – на самому початку родів) фіксується у вході в таз. Цього не спостерігається при вузькому тазі, бо зменшений розмір входу в таз перешкоджає вставленню голівки і на початок пологів вона залишається ще рухомою над входом в малий таз. Внаслідок відсутності фіксації передлеглої частини плода визначається більш високе стояння дна матки.

Клінічний перебіг пологів при вузькому тазі характеризується низкою особливостей.

1. Внаслідок високого стояння голівки плода при звуженому тазі не відбувається поділу навколоплодових вод на передні та задні. Тому нерідко задовго до початку родів або на початку періоду розкриття відбувається передчасне або раннє вилиття навколоплодових вод. В таких випадках разом з водами часто випадають дрібні частини плода або пуповина. Ручка, що випала, створює додаткові механічні перешкоди для просування передлеглої частини, а пуповина незабаром притискається голівкою до стінки тазу, що призводить до загибелі плоду.

2. Процес вставлення голівки плода не тільки уповільнюється, а і порушується, що призводить до виникнення асінклітизму або розгинальних передлежань, які не тільки затягують пологи, а і можуть робити їх неможливими.

3. На голівці утворюється велика родова пухлина, іноді виникає защемлення передньої губи шийки матки. При загальнорівномірнозвуженому тазі защемлення може бути на всьому протязі шийки, внаслідок рівномірного притискання її голівкою до стінки тазу. Здавлення м'яких тканин може сприяти в подальшому виникненню сечостатевих та кишковостатевих норниць.

4. Може з'явитися первинна або вторинна слабкість родової діяльності, особливо у інфантильних жінок через недостатній розвиток мускулатури матки та у жінок, які багато народжували (у них м'язи матки в тій або іншій мірі змінені).

У періоді розкриття первинна слабкість перейм веде до сповільненого розкриття зіву матки і повільного просування плода, внаслідок чого пологи набирають затяжного характеру.

У періоді зігнання велика енергія, що витрачається роділлею на подолання опору з боку родового каналу і на конфігурацію голівки, нерідко

призводить до виснаження сил роділлі і настання вторинної слабкості родових сил.

5. Якщо невідповідність між тазом матері і голівкою плода велика (ознака Вастена позитивна), народження плода стає неможливим. Перерозтягується нижній сегмент матки, що може загрожувати небезпекою роділлі і плоду. Якщо не надати вчасної допомоги, може статись розрив матки і загибель матері і плода.

6. У послідовому і в ранньому післяродовому періодах нерідко виникають кровотечі. Причина їх полягає в тому, що перерозтягнута матка не може розвинути досить хороші перейми в послідовому періоді, порушується фізіологічний процес відшарування плаценти, що може призвести до кровотеч з матки.

Цей самий фактор – зниження здатності матки скорочуватися – є причиною появи кровотечі і в ранньому післяпологовому періоді.

7. Іноді можливе ушкодження лобкового симфізу, крижово-клубових і крижово-куприкових суглобів, що проявляється різкими болями в ушкоджених суглобах, особливо при рухах, порушеннями ходи, болючістю при пальпації. В ділянці лобкового симфізу при розходженні кісток визначається щілина. Часто спостерігається розрив промежини. Здавлювання нервів при проходженні голівки по звуженим родовим шляхам в подальшому може привести до парезу м'язів ноги.

8. Пологи при вузьких тазах можуть ускладнюватись виникненням гіпоксії плоду і крововиливів в мозок, кефалогематом. Іноді трапляється втискання і тріщини кісток черепа.

Частота мертвонароджуваності, ранньої дитячої смертності та післяпологових захворювань при вузькому тазі значно вища, ніж при нормальному.

Вагітні з анатомічно вузьким тазом (а також з припущенням його звуження) відносяться до групи високого ризику. В жіночих консультаціях вони повинні знаходитися на спеціальному обліку і за 2-3тижні до пологів їх належить госпіталізувати у відділення патології вагітних для уточнення діагнозу та вибору раціонального методу родорозрішення.

Найбільші труднощі з'являються при проходженні голівки по кістковому контуру тазу, тобто в процесі біомеханізму пологів.

Особливості біомеханізму родів при вузьких тазах:

• поперечнозвужений таз

Для механізму пологів характерне вставлення голівки прямим розміром у вхід малого тазу. При даному вставленні часто виникає необхідність проведення деференційної діагностики з тяжкою патологією, наприклад, з високим прямим стоянням стрілоподібного шва при інших формах звуження тазу. При поперечнозвуженому тазі розташування голівки прямим розміром у вході в малий таз є пристосувальним моментом, в той же час як при інших формах звуження воно є ознакою невідповідності розмірів тазу матері і голівки

плоду. При поперечному звуженні тазу, коли потилиця плода повернена до симфізу, голівка значно згинається, проходить через усі площини тазу без ротації і народжується як при передньому виді потиличного передлежання. Нерідко при високому прямому стоянні голівки, особливо, коли потилиця плода повернена назад, з'являються ознаки клінічної невідповідності, що є показанням до кесарського розтину.

Виявлення високого прямого стояння голівки плода в пологах повинно наводити лікарів на думку про наявність поперечнозвуженого тазу.

Характерною особливістю біомеханізму пологів при поперечнозвуженому тазі без збільшення прямого розміру площини входу в малий таз, є косе асинклітичне вставлення голівки, коли голівка вставляється передньою тім'яною кісткою і стрілоподібний шов зміщується назад (асинклітизм Негеле).

• загальнорівномірнозвужений таз

Характерна особливість механізму пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі полягає в тому, що голівка, довго пристосовуючись до зменшених розмірів тазу для полегшення вставлення, максимально згинається. Внаслідок цього вона опускається в порожнину тазу найменшим розміром – *dist. suboccipitoparietalis*, що відповідає відстані від середини сагітального шва між двома тім'ячками до підпотиличної ямки (він менший малого косого розміру). Стрілоподібний шов знаходиться в одному із косих розмірів, які при такій формі звуження виявляється найдовшими. При такому згинанні мале тім'ячко знаходиться близько до провідної точки, і чим ближче наближається до неї, тим більша невідповідність між голівкою і тазом.

Сильне згинання голівка зберігає і в порожнині таза. Ротація голівки правильна (потилицею до лона), але значно повільніша. Будучи з усіх боків стиснутою в напрямі малого косого і поперечного розмірів, голівка витягується у вигляді клину з родовою пухлиною в області малого тім'ячка і набирає вираженої доліхоцефалічної форми. Родова пухлина іноді буває така велика, що досягає тазового дна, тоді як сама голівка стоїть ще у верхній частині порожнини тазу. Це слід взяти до уваги, приступаючи до дослідження. Підійшовши до виходу тазу стрілоподібним швом у прямому його розмірі, голівка починає розгинатися, і далі механізм родів відбувається, як при нормальному тазі, але можливий глибокий розрив промежини (підпотилична ямка не щільно підходить до лобкової дуги, а лише частково доторкується до неї внаслідок загострення лобкового кута, тому голівка стрімко рухається до промежини, перерозтягує її і спричиняє розрив.

Проте всі етапи механізму родів і загальна тривалість родового акту при загальнорівномірнозвуженому тазі довші і потребують для свого завершення тривалої енергійної родової діяльності.

• плоскоракітичний таз

При плоскоракітичному тазі голівка довго пристосовується до зменшеного прямого розміру входу в малий таз, робить невеличке (велике тім'ячко розташовується нижче малого) розгинання, завдяки якому у зменшений розмір тазу встановлюється найменший розмір голівки – малий

поперечний (8 см). Стрілоподібний шов стоїть у поперечному розмірі тазу. Виступаючий у порожнину тазу мис затримує задню тім'яну кістку. В результаті у вході в таз встановлюється передня тім'яна кістка, утворюється передній асинклітизм (Негелівський).

У такому положенні голівка залишається довгий час у вході в таз, бо вона не може швидко подолати опір з боку звуженого розміру входу в малий таз. Починається конфігурація голівки і її опущення. Задня тім'яна кістка, зісковзнувши з мису, значно заходить за передню. Поперечний діаметр голівки зменшується доти, поки вона не буде спроможна подолати вузьке місце (прямий розмір входу).

Подолавши опір мису, голівка опускається в порожнину таза з його задовільним просторовим відношенням. Стрілоподібний шов поступово переходить у синклітичне вставлення. Подальший біомеханізм пологів проходить за типом нормального, як при потиличному передлежанні. Зігнання плода відбувається дуже швидко, внаслідок збільшених при плоскоракітичному тазі розмірів виходу.

Можливе низьке поперечне стояння стрілоподібного шва при надмірній родовій діяльності (голівка не встигає розвернутися), що диктує необхідність діставання голівки за допомогою вакуум-екстрактора або накладання атипових щипців. При бурхливій пологовій діяльності, якщо не буде надана своєчасна допомога, може статися внутрішньочерепний крововилив у плода і розрив промежини у матері внаслідок швидкого прорізування голівки через вульварне кільце. На тім'яній кістці, яка передлежала звичайно розташовується виражена родова пухлина, а на протилежній нерідко спостерігається вдавлення внаслідок притиснення до мису.

У рідших випадках при плоскоракітичному тазі у вхід тазу вступає задня тім'яна кістка, стріловидний шов наближається до лобка – заднє плечико впирається в мис; передня тім'яна кістка затримується лобком, створюється задній асинклітизм (Літумановський), при якому роди здебільшого неможливі.

• простий плоский таз

При даній формі тазу крижова кістка наближена до симфізу, тому зменшені всі прямі розміри малого тазу. При пологах відмічаються такі особливості:

1. Голівка вступає до входу в таз стрілоподібним швом в поперечному розмірі.
2. Відбувається помірне розгинання голівки (мале та велике тім'ячко розташовані на одному рівні).
3. Спостерігається асинклітичне вставлення голівки (передньотім'яне, задньотім'яне). Більш сприятливий для пологів передній асинклітизм.

Часто через всі площини малого тазу голівка проходить стрілоподібним швом у поперечному розмірі (середнє та низьке поперечне стояння голівки).

При достатній пологовій діяльності і невеликих розмірах плоду голівка згинається, робить внутрішній поворот і пологи закінчуються, як при передньому виді потиличного передлежання. В протилежному випадку, коли

внутрішній поворот голівки не відбувається, показане оперативне родорозрішення.

Профілактика звуженого тазу

Повинна починатися з внутрішньоутробного періоду. Правильне повноцінне харчування вагітної має дуже велике значення для розвитку плоду, формування його нервової, ендокринної, а також кісткової систем.

Заняття фізичною культурою в ранньому дитячому віці, повноцінне вітамінізоване харчування, доцільний режим дня дівчини-підлітка, дотримання шкільної гігієни – ось ті головні профілактичні заходи, які ведуть до зменшення числа різного роду аномалій тазу.

Важко переоцінити значення профілактики рахіту в ранньому дитячому віці, так як найбільш тяжкі форми звуженого тазу можуть бути обумовлені цим захворюванням.

Велике значення для попередження аномалій тазу має також профілактика туберкульозу – при його генералізації можуть виникнути кістково-суглобні ураження різної локалізації (спондиліти, коксити, гоніти).

Не тільки туберкульозні, але й інші інфекційні остеомієліти можуть призвести до ураження суглобів тазу з наступною його деформацією (анкілотичні, коксалгічні тази). Велике значення має попередження поліомієліту, тому що можливий при цій патології односторонній параліч нижньої кінцівки веде до утворення косозвуженого тазу.

Ті чи інші важкі загальні інфекції, перенесені дівчинкою, можуть сприяти недостатньому розвитку всього організму, статевій системі, а також тазу.

Кожну вагітну з вираженою формою вузького тазу потрібно своєчасно направляти для спеціального обстеження і надання їй необхідної акушерської допомоги.

ПОПЕРЕЧНІ Й КОСІ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА (НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА)

Неправильні положення – це коли вісь плода перетинає вісь матки.

Поперечне положення плода – вісь плода перетинає вісь матки під прямим або майже прямим кутом (90^0 - 45^0).

Косе положення плода – вісь плода перетинає вісь матки під гострим кутом (менше 45^0).

Косе положення переходить під час пологів в :

- а. Повздовжнє;
- б. Поперечне.

Позиція плода визначається по голівці плода:

- а. Зліва – І;
- б. Справа – ІІ.

Вид – по спинці:

- Передній;
- Задній;
- Верхній;

— Нижній.

Причини:

- Невідповідність розмірів таза матері і плода
- Багатопліддя;
- Недоношеність;
- Багатоводдя;
- Вади розвитку матки;
- Вади розвитку плода;
- Екзостози;
- Вузький таз;
- Аномалії плаценти;
- Коротка пуповина (обвиття пуповиною 1 раз кругом шиї – 8 см)
- В'ялість черевної стінки;
- Пухлина в нижньому сегменті матки.

Діагностика: достатньо зовнішнього дослідження.

При поперечному положенні плода:

- Поперечно – овоїдна форма матки;
- Дно П нижче, ніж при повздовжньому положенні (дуже низько!);
- Немає передлеглої частини;
- Голова і тазовий кінець плода розташовані в бокових відділах матки;
- В пологах плодовий міхур не тисне на руку при переймах (немає поясу стикання);
- Серцебиття плода на рівні пупка, ближче до того боку де знаходиться голова.

При косому положенні плода:

- Косо – овоїдна форма матки;
- Голівка (тазовий кінець) нижче рівня клубової кістки;
- Голівка в проміжках між переймами рухлива над входом в малий таз;
 - а. Вагінальне дослідження – при вагітності і на початку пологів не інформативне (при поперечному положенні плода)
 - б. УЗД;
 - в. К-графія.

Вагінальне дослідження: інформативне після розриву плодового міхура – через зів палькується плече, ребра, ключиця (задній вид) або лопатка й остисті відростки хребців (передній вид).

Перебіг пологів:

1. Передчасне (раннє) відходження навколоплідних вод (не розмежовані на передні і задні води);
2. Випадіння дрібних частин плода (рука або петля пуповини).

Дуже важливо з'ясувати, що випало у піхву – рука чи нога.

Нога:

- Колінна чашечка;
- П'ятковий горб;
- Пальці на стопі майже однакової довжини;

— Великий палець на відводиться в бік;

Рука:

— Кисть руки переходить у передпліччя без виступу;

— Пальці довші, ніж на нозі;

— Великий палець відводиться в бік і пригинається до долоні.

Треба встановити, яка рука випала: права чи ліва. Для цього слід у думці «поздоровкатися» з рукою що випала. Якщо це не вдається, то випала ліва рука, якщо вдається – права. Або руку, що випала повертають долонею вгору і за напрямком великого пальця визначають яка це рука (великий палець обернений праворуч – випала права рука, ліворуч – ліва).

Визначаємо вид плода:

- а. 1 позиція, випадіння правої руки вказує на передній, а лівої – на задній вид;
- б. 2 позиція, випадіння правої руки на задній, а лівої на передній вид.
3. Порушення плацентарного кровообігу і гіпоксія плода (при скороченні матки після раннього відходження навколоплідних вод);
4. Задавлене поперечне положення плода (після відходження навколоплідних вод):
 - Плід в матці не рухомий;
 - Плечика заглиблені в малий таз;
 - Хребет вигнутий;
 - Набряклість і синюшність руки, що випала.

Приводить до:

- Гіпоксії і смерті плода;
- Розриву матки;
- Слабкості родової діяльності (вторинної);
- Розвитку сепсису.

Допомога: роділля з поперечним положенням плода не транспортабельна – допомога надається в тому закладі, де знаходиться.

- а. Наркоз (при загрозі розриву матки);
- б. Кесарський розтин (на живому плоді, коли немає протипоказань до операції)
- в. Декапітація або евісперація і перфорація наступної голівки (краще).

На ФАП – спазмолітини, пуповину обкладають вологими серветками, викликають лікаря. Дуже рідко недоношений мертвий плід може народитися:

- а. Шляхом само повороту (плече дещо стиснутого плода заглиблюється в таз і виходить з-під лобової дуги, хребет дуже згинається і повз плече через таз проходять тулуб, сідниці й ноги плода. Після народжується друге плече і голова;
- б. У здвоєному вигляді (після народження плеча тулуб мертвого недоношеного плода різко перегинається в грудному відділі голова вдавлюється в живіт і в такому стані плід проходить через родові шляхи).

Поворот плода при задавленому поперечному положенні – протипоказаний бо це призводить до розриву матки.

Ведення вагітності і пологів:

1. Поперечне (косе) положення може самостійно перейти у повздовжнє -(на 7-8міс. вагітності). Для цього показано:
 - а. Спати на тому боці, де знаходиться велика частина плода;
 - б. Корегуючи гімнастика.
2. У 35-36тиж. Вагітності вагітних з поперечним (косим)положенням плода направляють в стаціонар. У стаціонарі: раніше проводили поворот плода у повздовжнє положення зовнішніми прийомами. При неефективності зовнішнього повороту під час пологів проводили внутрішній поворот з наступним витяганням плода за тазовий кінець.

Внутрішній поворот виконують при повному відкритті зіву, якщо ще не відійшли навколоплідні води або відразу після їх відходження. Тому під час пологів важливо зберегти плодовий міхур цілим до періоду розкриття (роділлі забороняється вставати з ліжка, пропонують лежати на тому боці, де розташований тазовий кінець або голова вводять кольпейриктор). Як тільки шийка матки розкриється повністю, розривають оболонки, роблять поворот і витягують плід.

При самовільному відходженні вод негайно роблять вагінальне дослідження. При повному відкритті шийка матки проводять і витягують плід. При неповному відкритті шийка матки - вводять метрейрингер (дозволяє зберегти залишки вод і прискорює відкриття зіву.

На сучасному етапі: план ведення пологів:

- а. Кесарський розтин:
 1. З початком пологової діяльності;
 2. В плановому порядку в 39-40 тиж.
- б. При поперечному положенні до кесарського розтину – поворот плода і витягання плода за тазовий кінець.

Операція зовнішнього повороту успіху не дає (залишається причина) і дуже часто ускладнюється:

- Відшаруванням плаценти;
- Розрив матки;
- Передчасні пологи;
- Передчасне відходження навколоплідних вод;
- Асфіксія плода і т.д.

Випадіння дрібних частин плода і пуповини

Розрізняють:

- а. Передлежання дрібних частин плода і пуповини (поки плодовий міхур цілий);
- б. Випадіння дрібних частин плода і пуповини (у тих випадках, коли вони локалізуються нижче від великої передлеглої частини після відходження вод)

Випадіння руки: буває при поперечному і поздовжньому положенні, коли між головою (тулубом)є вільний простір.

Причини:

- Перекошеність;

- Гіпотрофія плода;
- Двійнята (мала голова);
- Плоский таз;
- Багатоводдя.

Випадіння руки при поперечному положенні: патологічного значення не має (під час операції повороту плода рука втягується в статеві шляхи, а при плодорушній операції руку, що випала використовують як рукоятку для підтягування плода до низу і витягання тулуба)

Випадіння руки при головному передлежанні: небезпечне ускладнення! (звужується простір таза і перешкоджає просуванню голівки). Самостійні пологи – неможливі. Пологи сприятливо закінчуються лише тоді, коли розміри голови невеликі (недоношений плід, близнята, або випала не вся рука, а тільки її кисть). При випадінні всієї руки виникають ускладнення:

- Затяжний II-й період;
- Ендометриїт в пологах;
- Гіпоксія плода;
- Слабкість родової діяльності (вторинна);
- Судомні перейми (дискоординована родова діяльність);
- Защемлення м'яких тканин родових шляхів.

Діагностика: вагінальне дослідження.

Тактика:

1. *При передлежанні руки:* роділлю кладуть на бік, протилежний розташуванню передлеглої частини (руки) – дно матки з сідницями плода переміщується в той самий бік, рука йде вгору. Після відходження навколоплідних вод голівка опускається в таз, умови для випадіння передлеглої руки зникають.
2. *при випадінні руки:*
 - а. спробувати її вправити;
 - б. якщо вправити ручку не вдалося, або вона знову випала, то при водах, які щойно відійшли і рухомому плоді роблять поворот плода на ногу або кесарський розтин.

Випадіння пуповини

Причини:

1. неправильні положення плода;
2. поздовжні положення плода (передлегла частина не заповнює входу в таз);
3. вузькі тази
4. розгинальні передлежання;
5. тазові передлежання;
6. двійнята;
7. багатоводдя;
8. велика довжина пуповини.

Випала пуповина стискається між передлеглою частиною і стінкою таза, кровообіг плода порушується, плід гине.

Діагностика: вагінальне дослідження.

Тактика: зразу після відходження вод (петлю пуповини, що випала треба досліджувати дуже обережно, бо її подразнення може спричинити спазм судин і не погіршить кровообіг плода).

Якщо пульсують – плід живий, коли немає пульсації не тільки під час перейм, а й у паузах між ними – плід загинув.

Тактика:

1. при передлежанні пуповини – роділлю кладуть на бік, протилежний передлеглій пуповині (може відійти вгору).
2. При випавшій пуповині:
 - а. При поперечному положенні плода, повному відкритті зіву й рухомому плоді роблять поворот плода за ногу з наступним його витяганням;
 - б. При головному поперечному положенні, рухомій голові, якщо води відійшли недавно, відкриття зіву повне, також показаний поворот плода і його витягування.
 - в. При тазовому поперечному положенні і повному відкритті зіву, якщо виникають ознаки гіпоксії плода, пологи закінчують витяганням плода за ногу або пахвинний згин.
 - г. Коли голова стоїть в порожнині тазу і плід живий (пуповина пульсує), а є ознаки гіпоксії плода негайно накладають акушерські щипці.
 - д. При неповному розкритті зіву обережно заправляють пуповину роблять кесарський розтин.

7. МАТЕРІАЛИ АКТИВІЗАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ:

Контрольні запитання

1. Що таке неправильне положення плода?
2. Діагностика неправильного положення плода?
3. Ведення вагітності при поперечному та косому положенні плода.
4. Показання і протипоказання для профілактичного повороту плода.
5. Умови та техніка профілактичного повороту плода.
6. Які ускладнення виникають під час пологів при поперечних положеннях плода?
7. Показання, протипоказання та умови для проведення операції класичного зовнішнього внутрішнього повороту плода на ніжку.
8. Етапи операції класичного повороту плода на ніжку?
9. Що таке задавнене поперечне положення плода?
10. Тактика ведення пологів при задавненому поперечному положенні плода.
11. Роль та завдання жіночої консультації в профілактиці і виявленні вагітних з поперечним положенням плода.

ТЕСТОВІ ПИТАННЯ

1. Анатомічно вузький таз, це таз у якого?
 - А) один розмір вкорочений;
 - Б) один або всі розміри вкорочені;
 - В) всі розміри вкорочені.
2. Що належить до факторів розвитку анатомічно вузького тазу?
 - А) перенесений рахіт, туберкульоз, травми;
 - Б) куріння, наркоманія;
 - В) надмірне вживання солодоців, заняття спортом.
3. Пропорційно зменшені всі діаметри не менше ніж на 1 см. Яка це форма тазу?
 - А) плоский таз;
 - Б) поперечно-звужений таз;
 - В) загально рівномірно-звужений таз.
4. Що потрібно врахувати при діагностиці анатомічно вузькому тазі?
 - А) дані анамнезу;
 - Б) спадковість;
 - В) провести загальний огляд.
5. При яких ступенях звуження тазу пологи живим доношеним плодом неможливі?
 - А) II-III ступеннях;
 - Б) I-II ступеннях;
 - В) III-IV ступеннях.
6. Клінічно вузьким тазом називають?
 - А) невідповідність між голівкою плода та тазом матері;
 - Б) таз у якого один або всі розміри вкорочені;
 - В) таз у якого всі розміри вкорочені.
7. Скільки є ступенів клінічно вузького тазу?
 - А) II - ступені;
 - Б) III - ступені;
 - В) IV – ступені.
8. Як можна діагностувати клінічно вузький таз?
 - А) при пальпації;
 - Б) тільки з настанням пологів;
 - В) враховуючи дані анамнезу.
9. При якій ознаці Генкеля-Вастена поверхня голівки знаходиться нижче площини симфізу?
 - А) негативній;
 - Б) врівень;
 - В) позитивній.

10. Яка акушерська тактика при клінічно вузькому тазі?

- А) розродження проводять шляхом плодоруйнівної операції;
- Б) пологи шляхом кесаревого розтину;
- В) екстракція плода.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

1. Пологи в жінки, яка неодноразово народжувала, тривають 15 год. Води відійшли 6 год. тому. Голова плода над виходом до малого таза, дуже велика. Поздовжнє положення плода, передній вид, перша позиція. Плід живий. Зів матки розкритий на 4 пальці. Шви черепа широкі, преднє тім'ячко дуже велике. Таз має нормальні розміри.

Визначте діагноз (А), план ведення пологів (Б), інструментарій, який повинен підготувати акушерка для надання допомоги в такій ситуації (В)?

2. Вагітна поступила до пологового будинку в зв'язку з початком пологової діяльності. Пологи перші. За 3 год. до початку перейм почали підтікати навколоплідні води. Розміри таза – 23-25-29-17 см. Індекс Соловйова – 15 см. Окружність живота – 99 см. Висота стояння дна матки – 40 см. Положення плода поздовжнє, передлежить голова, яка балотує над виходом до малого таза. Серцебиття ясне, ритмічне, 136 за 1 хв. ліворуч від пупка. Піхове дослідження: зів пропускає один палець, плодовий міхур відсутній, мис досягається, діагональна кон'югата – 10 см. Перейми через 5-6 хв, тривалість 25 с.

Визначте діагноз (А) і план ведення пологів (Б).

3. Вагітна Н., 23 роки, поступила в акушерське відділення з терміном вагітності 38 тижнів, із регулярною пологовою діяльністю. Вагітність перша, неускладнена. Роміри таза: 25-28-30-20 см, окружність живота — 100 см, висота стояння дна матки — 28 см, передлегла частина не пальпується над входом у малий таз. Справа знаходиться голівка, зліва — сідничний кінець.

Серцебиття плода — 144 удари на хвилину. Піхове дослідження: відкриття шийки матки повне, плідний міхур цілий, передлегла частина не пальпується, мис не досягається, змін кісток таза немає. Діагноз? Тактика ведення?

4. Вагітна Ф., 28 років. При огляді в жіночій консультації у терміні вагітності 35 тижнів виявлено поперечне положення плода. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 ударів на хвилину. Вагітність перша, перебіг - без ускладнень. Розміри таза: 25-29-31-20 см. Діагноз? Тактика лікаря?

8. МАТЕРІАЛИ САМОПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ЗА ТЕМОЮ ЛЕКЦІЇ:

Перелік літератури, домашнє завдання:

1. Медсестринство в акушерстві: підручник / С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.176-178