

Освітній компонент: Акушерство
Освітня програма: Лікувальна справа

Практичне заняття № 11

Тема: Вузкий таз. Неправильні положення плоду.

Актуальність теми

Проблема вузького тазу в акушерстві має свою тривалу історію і досі залишається актуальною. Частота вузького тазу – це соціальна проблема, значною мірою залежить від добробуту і культури населення, рівня захворюваності дітей і підлітків. Знання акушеркою, фельдшером цієї теми має велике значення, так як профілактика вузького тазу, рання діагностика, правильна тактика ведення вагітності і пологів зменшить кількість ускладнень у пологах та післяпологовому періоді.

Навчальні цілі заняття

Студент повинен знати:

- відмінність між анатомічно та клінічно вузький таз;
- класифікацію вузьких тазів;
- характеристику різних форм вузьких тазів;
- діагностику вузьких тазів;
- особливості перебігу вагітності та пологів при вузькому тазі;
- особливості ведення пологів при вузькому тазі.

Студент повинен вміти:

- визначати ознаку Вастена, Цангенмейстера;
- вимірювати зовнішні розміри тазу;
- визначати справжню кон'югату;
- вимірювати індекс Соловйова.

Виховна ціль: розвивати почуття відповідальності за своєчасність і правильність професійних дій.

Формування практичних вмінь та навичок

Алгоритм виконання практичної навички Виявлення ознаки Вастена, Цангемейстера

Етапи виконання	Вказівки до виконання
Мета виявлення <u>Визначення розміру</u> <u>Цангемейстера</u>	Для визначення відповідності між розмірами голівки плоду та тазом.
Інструменти	Тазомір.
Положення роділлі	Роділля лежить на боці.
Техніка визначення розміру Цангемейстера	Спочатку вимірюють тазоміром зовнішню кон'югату, потім верхній гудзик тазоміра переносять з лобкового симфізу на найбільш виступаючу ділянку передньої поверхні голівки.
Прогноз пологів за резуль-	При відповідності розмірів голови розмірам тазу зовнішня

<p>татами вимірювання</p> <p><u>Виявлення ознаки Вастена</u></p> <p>Умови виконання Техніка виконання</p> <p>Прогноз пологів за результатами визначення</p>	<p>кон'югата буде на 3 см довша відстані між головою та надкрижовою ямкою. Коли зовнішня кон'югата коротша – розміри голови не відповідають розмірам тазу. Якщо однакові обидва розміри – це не різка невідповідність розмірів голови і тазу.</p> <p>Фіксація голови у вході в таз. Долоню кладуть на лобковий симфіз і ковзають нею вгору на ділянку передлеглої голови. Якщо передня поверхня голови знаходиться вище від площини лобкового симфізу – це свідчить про різку невідповідність розмірів голови і тазу. Пологи самостійно не закінчуються. Коли передня поверхня голови лежить на одному рівні з лобковим симфізом, пологи можуть завершитися самостійно, але при умові енергійної пологової діяльності та добрій конфігурації голови; у разі слабкої пологової діяльності і великій голові, аномалій передлежання і вставлення – самостійні пологи неможливі. У випадку повної відповідності між тазом і головою передня поверхня голови лежить нижче від площини лобкового симфізу. При цьому пологи закінчуються самостійно.</p>
--	---

Алгоритм виконання практичної навички

Визначення справжньої кон'югати

Дійсна акушерська кон'югата (conjugata vera) – це прямий розмір площини входу в таз, відстань між верхнім краєм внутрішньої поверхні симфізу та найбільш виступаючою ділянкою крижового мису.

Мета маніпуляції: мати уявлення про товщину кісток тазу, величину прямого розміру площини входу в таз та можливість розродження природними пологовими шляхами.

Послідовність дій:

1. **Визначення справжньої кон'югати за розміром зовнішньої кон'югати**

Від величини зовнішньої кон'югати відняти 9 см;

$$\text{conjugata vera} = \text{conjugata externa} - 9 = 11 \text{ см}$$

(норма).

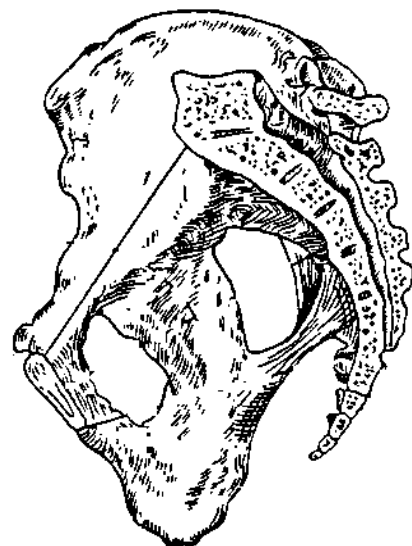
2. **Визначення справжньої кон'югати за розміром діагональної кон'югати**

Від величини діагональної кон'югати відняти 2 см;

$$\text{conjugata vera} = \text{conjugata diagonalis} - 2 = 11 \text{ см}$$

(норма).

3. **Визначення справжньої кон'югати за розміром вертикальної діагоналі ромбу Міхаеліса**



Вертикальна діагональ ромбу Міхаеліса відповідає розмірам справжньої кон'югати (в нормі вона становить 11 см).

4. Визначення справжньої кон'югати за індексом Соловйова

Якщо індекс Соловйова становить 14- 16 см :

conjugata vera = conjugata externa – 9 см,

Якщо індекс Соловйова більше 16 см :

conjugata vera = conjugata externa – 10 см,

Якщо індекс Соловйова менше 14 см:

conjugata vera = conjugata externa – 8 см.

**Алгоритм виконання практичної навички
Вимірювання індексу Соловйова**

Індекс Соловйова: обвід променево-зап'ястного суглобу, виміряний сантиметровою стрічкою.

Середній його розмір становить 14 см. Чим тонші кістки жінки, тим менший індекс і навпаки. При однакових зовнішніх розмірах тазу внутрішні його розміри у жінки з тонкими кістками будуть більші. Наприклад: при зовнішній кон'югаті 20 см та індексу Соловйова 14 см справжня акушерська кон'югата буде 11 см. Якщо індекс Соловйова більше 16 см, то для її розрахунку віднімають 10 см (а не 9, як за формулою). В цьому випадку дійсна кон'югата також буде 10 см.

Мета маніпуляції: мати уявлення про товщину кісток тазу, величину прямого розміру площини входу в таз та можливість розродження природними пологовими шляхами.

Необхідне обладнання: сантиметрова стрічка.

Послідовність дій:

Сантиметровою стрічкою вимірюємо обвід променево-зап'ясткового суглобу. Середня величина його повинна становити 16-14 см (лише в цьому разі діагональна кон'югата буде 12,5 - 13 см., а справжня – 11 см. Це індекс Соловйова).

Алгоритм виконання практичної навички

Вимірювання зовнішніх розмірів тазу

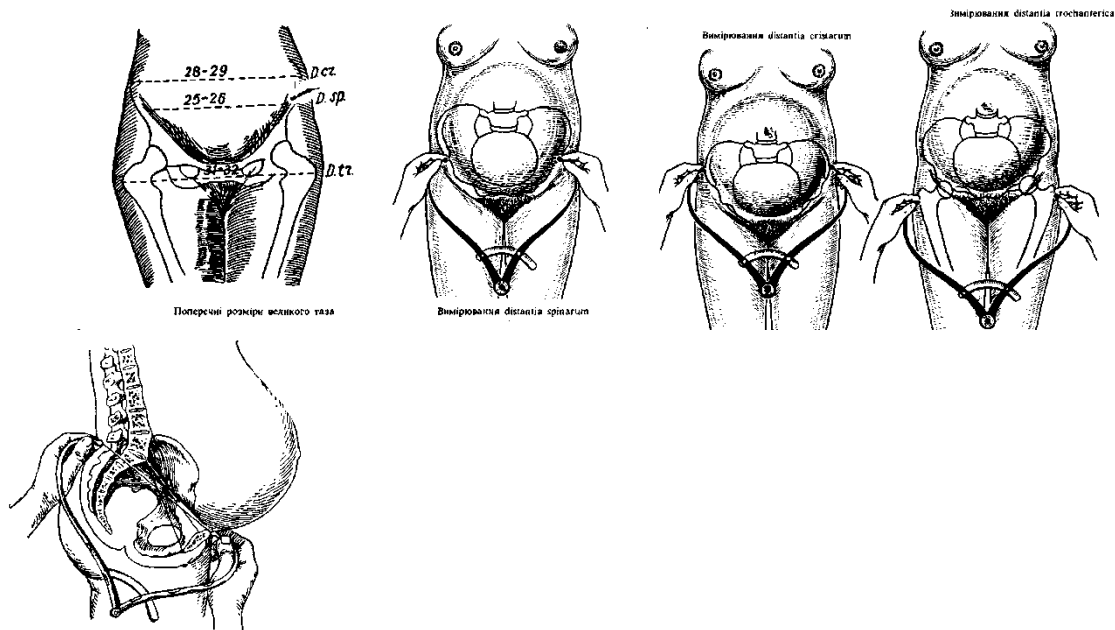
Мета маніпуляції: мати уявлення про можливість розродження вагітної природними пологовими шляхами.

Необхідне обладнання та інструментарій: кушетка, тазомір

Послідовність дій:

1. Жінка лежить на кушетці на спині, випроставши ноги з оголеним животом;
2. Медпрацівник стає з правого боку від жінки. Тазомір береться таким чином, щоб пальці утримували його гудзики;
3. Розміщуємо гудзики тазоміра на передньо-верхніх остях клубових кісток;
4. Вимірюємо distantia spinarum (норма 25-26 см);

5. Переносимо гудзики тазоміра на найвіддаленіші точки гребні клубових кісток *distantia cristarum* (норма 28-29 см);
6. Розміщуємо гудзики тазоміра на найвіддаленіших точках великих вертлюгів стегнових кісток, *distantia trochanterica* (норма 30-31 см);
7. Пропонуємо жінці лягти на лівий бік, ліву ногу зігнути в коліні і в кульшовому суглобі, праву ногу випростати;
8. Розміщуємо один з гудзиків тазоміру на середині верхнього краю симфізу, а інший в ділянці надкрижової ямки. Вимірюємо зовнішню кон'югату (норма 20-21 см).



Алгоритм виконання практичної навички

Вимірювання зовнішніх розмірів площини виходу з тазу

Мета маніпуляції: мати уявлення про можливість розродження вагітної природнимипологовими шляхами, для діагностики форми та ступеня звуження тазу.

Необхідне обладнання та інструментарій: кушетка, тазомір, церати, сантиметрова стрічка

Послідовність дій:

1. Жінка лежить на кушетці на спині, з зігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами, розведеними та підтягнутими до живота;
2. Вимірюємо прямий розмір площини виходу з тазу:
 - один гудзик тазоміру фіксуємо до нижнього краю лона - інший до верхівки куприка;
 - визначаємо розмір за шкалою тазоміру (в нормі 9 см, за рахунок відхилення куприка в пологах він досягне 11,5 см);
3. Вимірюємо поперечний розмір площини виходу з тазу:
 - промацуємо внутрішні поверхні сідничних горбів;
 - вимірюємо відстань між ними сантиметровою стрічкою (в нормі 11 см);
4. Визначаємо форму лонного кута:
 - положення жінки (дивись вище);
 - великі пальці долонної поверхні прикладаємо до нижніх гілок лонних кісток;

- кінці їх зводимо та притискаємо до середини нижнього краю симфізу;
- визначаємо лонний кут, він відповідатиме напрямку зведених великих пальців (норма 90-100°)



Алгоритм виконання практичної навички

Вимірювання діагональної кон'югати

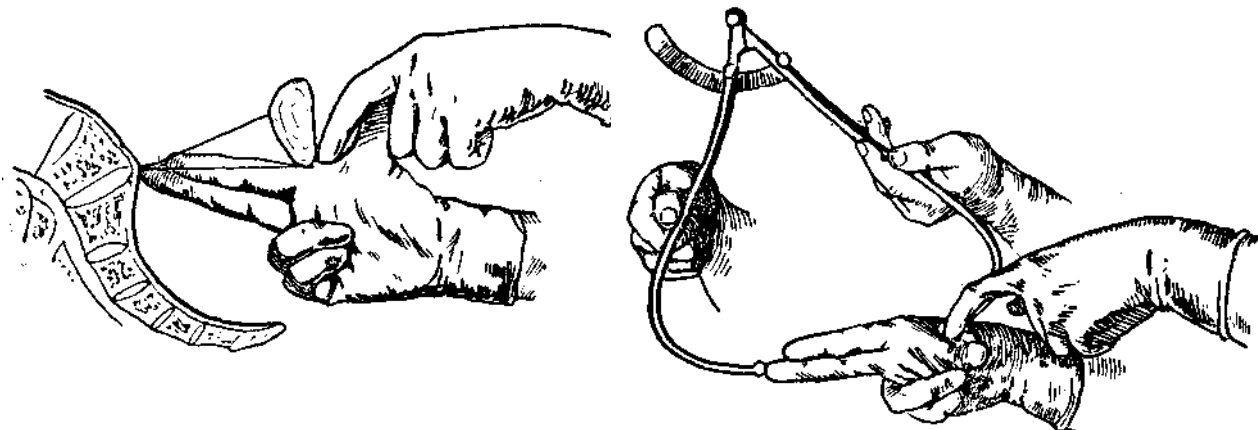
Мета маніпуляції: мати уявлення про можливість розродження вагітної природнимипологовими шляхами, для розрахунку справжньої кон'югати.

Необхідне обладнання та інструментарій: гінекологічне крісло, сантиметрова стрічка або тазомір.

Послідовність дій:

Жінка лежить на гінекологічному кріслі після туалету зовнішніх статевих органів;

1. При вагінальному дослідженні намагаємося досягти мис;
2. Якщо мис не досягається - розміри тазу нормальні, самостійні пологи можливі;
3. Якщо мис досягається, відстань на руці вимірюється сантиметровою стрічкою і заноситься в історію пологів;



Тести для самоконтролю

1. Визначіть ступінь звуженості тазу. Зовнішня кон'югата 15 см.
 - A. I ступінь
 - B. II ступінь
 - C. III ступінь
 - D. IV ступінь
 - E. Звуженості немає

2. Ведення пологів при переношеній вагітності I ступеня звуженості таза. У літньої жінки.
 - A. Стимуляція родової діяльності
 - B. Викликання родової діяльності
 - C. Визначення готовності організму до пологів
 - D. Операція Кесарів розтин
 - E. По акушерській ситуації
3. Вперше вагітна. Розміри таза: 25-28-31-17 см. Положення плода повздожне. Ваш діагноз.
 - A. Плоскорахітний
 - B. Плоский таз, I ст. звуження
 - C. Анатомічно вірний
 - D. Анатомічно вузький таз, загальнорівномірно звужений III ст. звуження
 - E. Анатомічно вузький таз III ст.
4. Жінці, що народжує вперше - 20 років. Положення плода повздожне, головне передлежання. Ознака Вастена позитивна. Визначте тактику ведучого пологи.
 - A. Виконати Кесарів розтин
 - B. Операцію епізіотомію
 - C. Операцію перінеотомію
 - D. Накласти бинт Вербова
 - E. Застосувати акушерські щипці
5. Зовнішня кон'югата таза вагітної 19 см. Яка ступінь звуженості таза. Чи можливі пологи?
 - A. I ступінь, можливі
 - B. II ступінь, можливі
 - C. III ступінь, не можливі
 - D. IV ступінь, можливі
 - E. IV ступінь, не можливі
6. Зовнішні розміри таза вагітної жінки: 23-26-28-18 см. Яка форма таза ?
 - A. Плоский таз
 - B. Косозвужений
 - C. Загальнорівномірно звужений
 - D. Поперечнозвужений
 - E. Лійкоподібний таз
7. Повторновагітна. В минулому кесарів розтин. Дитина померла. Таз I ст. звуження. Вагітна турбується за стан дитини і пологи.
 - A. Уважно вислухати, дати поради
 - B. Заспокоїти, наглядати
 - C. Госпіталізувати у 40 тижнів
 - D. Пояснити необхідність госпіталізації, 37-38 тижнів, госпіталізувати
 - E. Госпіталізувати у пологовий будинок у 28 тижнів
8. Таз III ступеня звуженості. Ускладнення при пологах:
 - A. Передчасне відшарування плаценти
 - B. Розрив матки
 - C. Розрив промежини
 - D. Гіпотонія матки
 - E. Все перераховане
9. У вагітної I ступень звуженості таза. Визначте чому дорівнює кон'югата вера:
 - A. 5 см.
 - B. 6 см.
 - C. 7 см.
 - D. 8 см.
 - E. 9 см.

10. У вагітної зовнішня кон'югата 20 см. Розмір Цангеймейстера 26 см. Ваш діагноз.

- A. Анатомічно вузький таз I ступеня
- B. Анатомічно вузький таз II ступеня
- C. Клінічно вузький таз
- D. Анатомічно вузький таз III ступеня
- E. Анатомічно вузький таз IV ступеня

Неправильні положення плоду

Актуальність теми

Неправильне положення плоду - це положення, коли вісь плоду не співпадає з віссю матки. Є поперечні і косі положення. При поперечних, вісь плоду і матки перетинаються під прямим кутом, косе положення - під гострим. Неправильні положення плоду оцінюються, як патологічні і зустрічаються у 0,5% пологів, причому у жінок, які народжували неодноразово, частіше ніж у першородячих. При цих положеннях плоду зустрічаються ускладнення в пологах, особливо за давнє поперечне положення плоду, яке погубно може закінчитись, як для матері, так і для плоду.

Навчальні цілі заняття

Студент повинен знати:

- причини виникнення неправильних положень плоду;
- ускладнення під час вагітності та пологів при неправильних положеннях плоду;
- особливості ведення вагітності та пологів при неправильних положеннях плоду.

Студент повинен вміти:

- діагностувати неправильне положення плоду.

Виховна ціль: розвивати почуття відповідальності за своєчасність і правильність професійних дій.

Алгоритм виконання практичної навички

Діагностика неправильних положень плода

№ п/п	Етапи виконання	Вказівки до виконання
1.	Огляд	Звернути увагу: - на форму живота: - овоїдна (яйцеподібна); куляста розміри не відповідають терміну вагітності; розходиться в боки (поперечно або косо розміщений овоїд); - на висоту стояння дна матки (при огляді та вимірюванні) в нормі 95-98 см; вище норми; нижче норми; - на характер частин плода в бокових відділах та в ділянці дна матки:
2.	Пальпація	дрібні частини (ручки, ніжки)

		великі частини (голівка, тазовий кінець)
3.	Аускультация	- на характер передлеглої частини: голівка; тазовий кінець; відсутність передлеглої частини - на характер передлеглої частини: голівка; тазовий кінець; відсутність передлеглої частини - на місце чіткого вислуховування серцебиття плода: вище пупка справа чи зліва; ниже пупка справа чи зліва на рівні пупка справа чи зліва
4.	Піхвове дослідження	- під час вагітності: має інформативну цінність; - під час пологів: не дає чітких даних
5.	Ультразвукове дослідження або рентгенографія	в залежності від виду (передній чи задній) вдається промацати; плече, ребра, ключицю або лопатку й остисті відростки хребців. Застосовуються у складних для діагностики випадках (нечіткі дані пальпації, багатоводдя).

Тести для самоконтролю

- Яке ускладнення зустрічається частіше всього при поперечному положенні плода?
 - Розрив промежини
 - Передчасне або раннє відходження навколоплідних вод, випадіння ручки
 - Кровотеча
 - Слабкість пологової діяльності
 - Посилення пологової діяльності
- В пологовий будинок поступає роділья з поперечним положенням плода. Який принцип ведення пологів при поперечному положенні плода?
 - Стимуляція пологів
 - Плодоруйнуюча операція
 - Накладання щипців
 - Кесарів розтин
 - Звичайні пологи
- Визначте положення плода, якщо серцебиття його вислуховується на рівні пупка вагітної.
 - Поперечне
 - Повздовжнє
 - Косе
 - Пряме
 - Перше
- При поперечному положенні плода, першій позиції голівка визначається:
 - З правого боку
 - З лівого боку
 - В дні матки
 - Над входом в таз
 - На тазовому дні
- При черговому відвідуванні вагітною жіночої консультації, об'єктивно за допомогою спеціального акушерського обстеження діагностовано поперечне положення плода. Вкажіть, яке ускладнення зустрічається найчастіше в даному випадку.

- A. Сечостатеві нориці
 - B. Розрив матки
 - C. Випадіння дрібних частин плоду
 - D. Слабкість пологової діяльності
 - E. Кровотеча з піхви
6. При поперечному положенні плода при внутрішньому акушерському обстеженні передлегла частина:
- A. Обличчя
 - B. Сідниці
 - C. Голови
 - D. Дрібної частини
 - E. Відсутня
7. Поперечним називається положення плода, коли його поздовжня вісь утворює із поздовжньою віссю матки:
- A. Гострий кут
 - B. Прямий кут
 - C. Тупий кут
 - D. Кут 35°
 - E. Кут 135°
8. Вкажіть місця найкращого вислуховування серцебиття плода при поперечному положенні:
- A. Справа вище пупка
 - B. Зліва вище пупка
 - C. На рівні пупка
 - D. Справа нижче пупка
 - E. Зліва нижче пупка
9. У якому терміні вагітності можна вдатися до зовнішнього профілактичного повороту при поперечному положенні плода?
- A. 18-20 тиж.
 - B. 30-31 тиж.
 - C. 32-35 тиж.
 - D. 38-40 тиж.
 - E. 18-16 тиж.
10. Акушерку ФАПУ викликали до жінки 28р. Пологи тривають 16 год. Води відійшли 3 год. назад. Після обстеження встановлено діагноз запущеного поперечного положення плода. Як це визначити?
- A. Нерухомість плода
 - B. набряк і синюшність руки, що випала
 - C. Гіпоксія плода
 - D. Вклинення плеча в таз
 - E. Низьке стояння голівки плода

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. - 104 с.
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.