

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» ІІ
РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Клінічний перебіг вагітності, діагностики та ведення пологів при звужених тазах (код курсу 7.1)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 6 годин.

I. Мета заняття

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 родорозршення. Все це забезпечує зниження кількості ускладнень та покращання стану здоров'я матері і дитини

II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика пізніх термінів вагітності.
2. Анатомія кісткового тазу.
3. Будова голівки плода.
4. Визначення передбачуваної маси плода.
5. Аускультация плода

III. Об'єм нової інформації

1. Визначення поняття звуженого тазу.
2. Класифікацію звуженого тазу.
3. Методи діагностики звуженого тазу.
4. Особливості перебігу вагітності та пологів при звуженому тазу.
5. Можливі ускладнення під час пологів при звуженому тазі.
6. Ведення пологів при звуженому тазу.

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Пологовий блок

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Клінічний протокол з акушерської допомоги (Наказ МОЗ України № 676 від 27.12.2011).— Київ, 2012.— 16 с.
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Використати методи діагностики тазових передлежань (прийоми Леопольда, піхвова дослідження, аускультацию, оцінку УЗД);		+	

2.	Скласти план ведення пологів при звуженому тазу.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Визначення поняття звуженого тазу.
2. Класифікацію звуженого тазу.
3. Методи діагностики звуженого тазу.
4. Особливості перебігу вагітності та пологів при звуженому тазу.
5. Можливі ускладнення під час пологів при звуженому тазі.
6. Ведення пологів при звуженому тазу.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Використати методи діагностики тазових передлежань (прийоми Леопольда, піхвове дослідження, аускультацию, оцінку УЗД);
1. Скласти план ведення пологів при звуженому тазу

Тестові завдання

1. У пологовий будинок доставлена родилля. Термін вагітності – 38 тижнів. І період пологів. Розкриття маткового вічка 5 см. Плодовий міхур цілий. Передлежать ніжки плода. Праворуч і попереду визначається пульсуюча пуповина. Яка тактика ведення пологів?

- А * Кесарів розтин
- В Амніотомія.
- С Ведення пологів за методом Цов'янова.
- Д Введення спазмолітиків.
- Е Витягання плода за ніжку.

2. Пологи другі, вчасні. 3 години тому відійшли навколоплідні води. Пологова діяльність активна, загальнонормірозовужений таз II ступеня. Передбачувана маса плода 3900,0. Серцебиття плода не вислуховується. При піхвовому дослідженні відкриття шийки матки повне, плідного міхура немає, передлежить голівка плода, притиснута до входу в малий таз. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі. Що робити?

- А *Краніотомія.
- В Ведення пологів через природні статеві шляхи.
- С Кесарів розтин.
- Д Стимуляції пологової діяльності окситоцином.
- Е Накладання акушерських щипців.

3. Первородяца 30 років. Вагітність доношена. Води відійшли 5 годин тому. Перейми нерегулярні, короткі. Загальнозвужений таз II ступеню. Передбачувальна маса плода 4000,0. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136/хв. Піхвове дослідження: шийка матки згладжена, відкриття 3 см, плодовий міхур відсутній, голівка плода рухома над входом у малий таз. Що робити?

- А *Операція кесарів розтин.

- В Стимуляція пологової діяльності окситоцином.
- С Ведення пологів через природні пологові шляхи.
- Д Плороруйнівна операція.
- Е Накладання порожнинних акушерських щипців

Ситуаційні задачі :

1. Вагітна Е., 20 років, пізно взята на облік в жіночій консультації. При обстеженні встановлено: вагітність 35-36 тижнів, ожиріння ІІІ ступеня, підозра на тазове передлежання плода.
Які додаткові методи обстеження допоможуть уточнити діагноз?
Ультразвукове дослідження.
2. В акушерський стаціонар доставлена вагітна 25 років. Вагітність 39 тижнів. Повне сідничне передлежання плода. Передчасне вилиття навколоплідних вод. Очікувана маса плода 3900,0. Розміри тазу нормальні.
Який план ведення пологів?
Кесарів розтин.
3. У роділлі А., 25 років (розміри тазу 25-28-30-20), з тазовим передлежанням плода, в пологах проведено вагінальне обстеження. Виявлено: розкриття маткового вічка: 6 см, плодовий міхур відсутній, передлегла частина велика, нечітка, м'яка. Зліва і спереду виявляються ступні плода.
Який діагноз?
Діагноз: перший період пологів, змішане сідничне передлежання, ранне вилиття навколоплідних вод.
4. У роділлі М., 24 років, з чисто сідничним передлежанням плода, другий період пологів вели за Цов'яновим І. При народженні плода до нижнього кута передньої лопатки виявлено, що закинулись ручки, які знаходяться перед личком плода.
Як вести пологи далі?
Приступити до виведення плечового поясу і голівки методом класичної ручної допомоги
5. При ультразвуковому дослідженні вагітної з тазовим передлежанням плода встановлено, що кут між шийним відділом хребта та потиличною кісткою плода складає менш 90° .
Який варіант положення голівки плода?
Розгинання голівки ІІІ ступеня

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

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 родорозршення. Все це забезпечує зниження кількості ускладнень та покращання стану здоров'я матері і дитини.

2. Визначення

3. Клінічно та анатомічно вузький таз

4. Розміри нормального тазу

5. Класифікація звужених тазів за формою

6. Класифікація звужених тазів за справжньою коньюгатою

7. Перебіг вагітності і пологів при звуженому тазі

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 нориць.

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 набувають 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 плоду 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 плоду.

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 звужених родових шляхах в подальшому може привести до парезу м'язів ноги.

8. Пологи при вузьких тазях 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.

8. Особливості біомеханізму родів при вузьких тазях:

• поперечнозвужений таз

Для механізму пологів характерне вставлення голівки прямим розміром у вхід малого тазу. При даному вставленні часто виникає необхідність проведення диференційної 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 плоду 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 косоного розміру). Стрілоподібний шов знаходиться в одному із косих розмірів, які при такій формі звуження виявляються найдовшими. При такому згинанні мале тім'ячко знаходиться близько до провідної точки, і чим ближче наближається до неї, тим більша невідповідність між головою і тазом.

Сильне згинання голівка зберігає і в порожнині тазу. Ротація голівки правильна (потилицею до лона), але значно повільніша. Будучи з усіх боків стиснутою в напрямі малого косоного 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 загальнорівномірнорозвуженому тазі довші і потребують для свого завершення тривалої енергійної родової діяльності.

• **плоскорохітичний таз**

При плоскорохітичному 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 плоскорохітичному 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 вдавнення внаслідок притиснення до мису.

У рідших випадках при плоскорохітичному тазі у вхід тазу вступає задня тім'яна кістка, стрілоподібний 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.

9. 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, статевої системи, а також тазу.

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

VIII. Основна література для опрацювання

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с
2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 512 с
3. Наказ МОЗ України № 782 від 29. 12. 2005 Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2005. – 44 с.
4. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
5. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.
6. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 899 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Тазове передлежання плода»

Методичну розробку практичного заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська.

26.01.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 8 від 03.02.2015 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.