



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет

Акушерські прийоми

Навчальний посібник

За загальною редакцією
доктора медичних наук, професора В. І. Бойка

Рекомендовано вченою радою Сумського державного університету

Суми
Сумський державний університет
2021

УДК 618.2(075)

А 44

Авторський колектив:

В. І. Бойко, доктор медичних наук, професор;
А. Б. Сухарєв, кандидат медичних наук, доцент;
І. М. Нікітіна, доктор медичних наук, доцент;
Н. В. Калашник, кандидат медичних наук, доцент

Рецензенти:

О. І. Сміян – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії Медичного інституту Сумського державного університету;
М. Л. Кузьоменська – доктор медичних наук, професор кафедри акушерства, гінекології та планування сім'ї Медичного інституту Сумського державного університету

*Рекомендовано до видання
вченою радою Сумського державного університету
як навчальний посібник
(протокол № 14 від 12 травня 2021 року)*

Акушерські прийоми : навчальний посібник / В. І. Бойко,
А 44 А. Б. Сухарєв, І. М. Нікітіна, Н. В. Калашник ; за заг. ред. д-ра мед.
наук, проф. В. І. Бойка. – Суми : Сумський державний університет,
2021. – 186 с.

Навчальний посібник підготовлений для студентів старших курсів, лікарів-інтернів за спеціальністю «Акушерство та гінекологія», молодих лікарів. Матеріал посібника викладений як з урахуванням методичних потреб, так і сучасних акушерських знань, базованих на принципах доказової медицини, що є основою інформації, наданої в цьому виданні.

УДК 618.2(075)

© Бойко В. І., Сухарєв А. Б.,
Нікітіна І. М., Калашник Н. В., 2021
© Сумський державний університет, 2021

ЗМІСТ

| | С. |
|---|-----|
| Перелік умовних скорочень..... | 4 |
| Вступ..... | 5 |
| Розділ 1. Пологові шляхи жінки..... | 7 |
| Розділ 2. Плід як об'єкт пологів..... | 22 |
| Розділ 3. Прийоми зовнішнього акушерського обстеження (прийоми Леопольда)..... | 28 |
| Розділ 4. Внутрішнє акушерське дослідження..... | 35 |
| Розділ 5. Біомеханізм пологів у разі переднього та заднього видів потиличного передлежання..... | 38 |
| Розділ 6. Біомеханізм пологів у разі звуженого таза..... | 48 |
| Розділ 7. Біомеханізм пологів у разі розгинальних передлежань... | 64 |
| Розділ 8. Ручна акушерська допомога..... | 78 |
| Розділ 9. Допомога в разі тазових передлежань плода..... | 94 |
| Розділ 10. Акушерський поворот у разі поперечного положення плода..... | 122 |
| Розділ 11. Акушерські щипці..... | 142 |
| Розділ 12. Акушерські прийоми в разі затруднення виведення голівки під час кесарева розтину..... | 174 |
| Список літератури..... | 182 |

Перелік умовних скорочень

КР – кесарів розтин.

ВП – вагінальні пологи.

ВСДМ – висота стояння дна матки.

ПТП – передбачуваний термін пологів.

ПВП – передбачувана вага плода.

УЗД – ультразвукове дослідження.

ЗО – зовнішнє обстеження.

ВО – внутрішнє обстеження.

ВСТУП

Втілення Болонської системи вищої освіти в Україні, зокрема медичної, в сучасний період розвитку потребує розроблення навчальної літератури для студентів медичних закладів вищої освіти з урахуванням потреб цієї системи. Акушерство – одна з основних дисциплін для підготовки лікарів медичних ЗВО, що на сьогодні інтенсивно розвивається як у теоретичному, так і в практичному напрямку. Великий потік інформації потребує аналізу для запровадження всесвітньо визнаних медичних технологій, що ґрунтуються на доказах. Науково-доказова медицина – новітня технологія збирання, аналізу, синтезу та застосування наукової медичної інформації, що базується на достовірно доведених дослідженнях.

За останні роки в практичному акушерстві відбулася низка змін у переусвідомленні напрямків надання допомоги вагітним, роділлям і породіллям, що ґрунтуються на принципах доказової медицини, більш гуманістичному ставленні в цей період до жінки й уникненні фармакологічної та лікарської агресії, що сприяло більш фізіологічному перебігу вагітності і пологів, зниженню частоти ускладнень, швидкій психологічній адаптації жінки до материнства. Переорієнтація системи акушерських знань на науково обґрунтовану / доказову базу повинна втілюватися в систему викладання акушерства у вищій школі.

Навчальний посібник підготовлений для студентів старших курсів, лікарів-інтернів за спеціальністю «Акушерство та гінекологія», молодих лікарів. Ми вважали за необхідне створити посібник, який би відповідав цим потребам. Викладення матеріалу як з урахуванням методичних потреб, так і сучасних акушерських знань, що базуються на принципах доказової медицини, є основою інформації, наведеної в цьому навчальному посібнику.

Мета – навчити лікарів-початківців, акушерів-гінекологів основних акушерських прийомів, зважаючи на тверде переконання, що лікар лише тоді має право розпочати виконання акушерських операцій, коли він досконало вивчив і свідомо засвоїв біомеханізм нормальних пологів із його варіантами, біомеханізм пологів у разі тазових передлежань та механізм пологів у разі вузького таза.

Для успішного виконання будь-якої акушерської операції необхідно визначитися з показаннями до операції, відповідними умовами та технікою проведення операції, наявними протипоказаннями до проведення оперативного втручання, можливими ускладненнями.

Щоб вивчити показання, умови та техніку проведення акушерських операцій, потрібно фундаментально ознайомитися з перебігом нормальних пологів, усіма варіантами їх перебігу та можливими відхиленнями і розвитком ускладнень. Без цього не можна розпочинати виконання тієї чи іншої акушерської операції. З цих позицій, перш ніж перейти до викладення основ акушерських операцій, зупинимося на необхідних даних щодо прийомів пельвіометрії та прийомів зовнішнього акушерського обстеження.

РОЗДІЛ 1

Пологові шляхи жінки

Пологові шляхи жінки поділяють на кісткову і м'яку частини. До кісткової частини належить малий таз, до м'якої – шийка матки, вагіна, м'язово-фасціальна система тазового дна. Таз утворюється двома тазовими кістками, крижами і куприком. Тазова кістка складається з клубової, сідничної, та лобкової кісток (рис. 1).

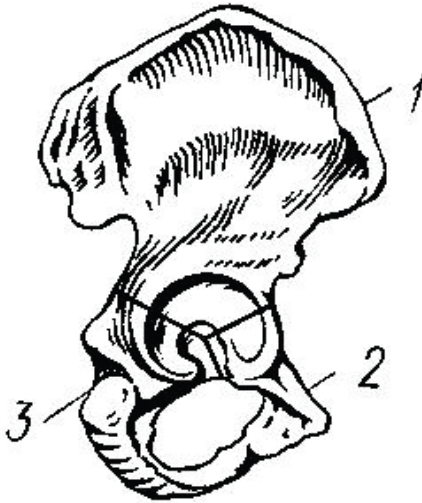


Рисунок 1 – Тазова кістка:
1 – клубова кістка; 2 – лобкова кістка;
3 – сіднична кістка

Жіночий таз з акушерських міркувань поділяють на 2 відділи: великий і малий таз. Межа між ними проходить по безіменній лінії (*linea innominata*). Великий таз обмежений із боків крилами клубових кісток, ззаду – хребтом, спереду – стінки не має. Малий таз утворюється спереду гілками лобкових

кісток і симфізом, із боків – частинами кісток, що складають кульшову западину, тілами та буграми сідничних кісток, ззаду – крижовою кісткою та куприком (рис. 2).

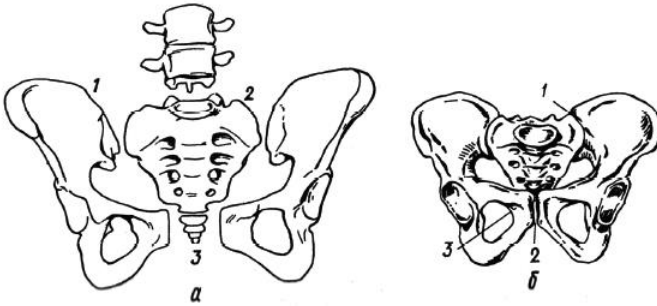


Рисунок 2 – Кістки таза

(а: 1 – безіменна кістка; 2 – крижі; 3 – куприк) та його з'єднання (б: 1 – крижово-клубовий суглоб; 2 – лобковий симфіз; 3 – крижово-куприковий суглоб)

Під час пологів малий таз як щільний кістковий тунель обмежує й визначає розміри, форму і напрямок пологового каналу, по якому плід проходить і до якого повинен пристосуватися змінюючи конфігурацію голівки. В акушерській практиці велике значення мають розміри малого таза, від яких залежать перебіг та завершення пологів для матері й плода. Але більшість розмірів малого таза не може бути виміряна безпосередньо. Великий таз для народження дитини істотного значення не має, але за його розмірами можна опосередковано робити висновок про форму та розмір малого таза. Вимірюють таз тазоміром.

Розміри великого таза

Звичайно вимірюють чотири *основні розміри таза*: три поперечні та один прямий.

Distantia spinarum – відстань між передньовіршніми остями клубових кісток. Цей розмір дорівнює 25 см.

Distantia cristarum – відстань між найбільш віддаленими точками гребенів клубових кісток. У середньому вона дорівнює 28 см.

Distantia trochanterica – відстань між великими вертлюгами стегнових кісток. Цей розмір дорівнює 31 см (рис. 3).

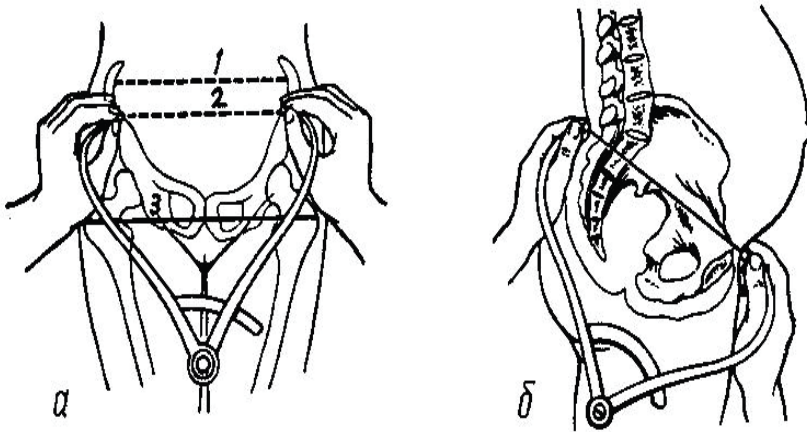


Рисунок 3 – Зовнішні розміри таза:

a – поперечні розміри таза: 1 – *distantia cristarum*; 2 – *spinarum*; 3 – *trochanterica*; *б* – *conjugata externa*

Conjugata externa (зовнішня кон'югата) – прямий розмір таза. Жінку кладуть на бік; ногу, що лежить знизу, згинають у тазостегновому та колінному суглобах, другу – витягують. Один кінець тазоміра встановлюють на середину верхньозовнішнього краю симфізу, другий кінець притискають до надкрижової ямки, що міститься між остистими відростками п'ятого поперекового

хребця і першого крижового хребців. Зовнішня кон'югата дорівнює 20 см (рис. 3 б).

Пельвіометрія

1. Запропонувати жінці лягти на кушетку на спину, ноги прямі.

2. Стати від неї праворуч.

3. Взяти тазомір у руки так, щоб гудзики тазоміра були між вказівними і великими пальцями.

4. Пропальпувати вказівними пальцями передні верхні ості гребенів клубових кісток, притиснути до них гудзики тазоміра.

5. Визначити за шкалою тазоміра відстань між передньо-верхніми остями гребенів клубових кісток (*distantia spinarum* – 25–26 см).

6. Пересунути гудзики тазоміра до найбільш віддалених точок гребенів клубових кісток.

7. Визначити за шкалою тазоміра відстань між найбільш віддаленими точками гребенів клубових кісток (*distantia cristarum* – 28–29 см).

8. Відшукати вказівними пальцями великі вертлюги стегнових кісток.

9. Притиснути до великого вертлюга гудзики тазоміра.

10. Визначити за шкалою тазоміра відстань між великими вертлюгами стегнових кісток (*distantia trochanterica* – 30–31 см).

11. Запропонувати жінці лягти на лівий бік, нижню ногу зігнути в колінному і тазостегновому суглобах, верхню ногу випрямити.

12. Поставити один гудзик тазоміра на середину верхнього краю лобкового зчленування, а інший – на верхній кут ромба Міхаеліса.

13. Визначити відстань за шкалою тазоміра від середини верхнього краю симфізу до верхнього кута ромба Міхаеліса

(с. externa – 20–21 см). За с. externa можна визначити розмір акушерської кон'югати за формулою $c. vera = c. externa - 9 \text{ см}$.

Прямий розмір виходу таза – це відстань між серединою нижнього *краю лобкового зчленування і верхівкою куприка*.

Вимірювання прямого розміру таза проводять без рукавичок.

1. Запропонувати жінці лягти на кушетку на спину, ноги зігнути в тазостегнових, колінних суглобах і розвести.

2. Стати від неї праворуч.

3. Узяти тазомір у руки так, щоб гудзики тазоміра були між вказівними і великими пальцями.

4. Один гудзик тазоміра встановити на середину нижнього краю лобкового зчленування, інший – на верхівку куприка.

5. Одержаний розмір дорівнює 11 см, він більший від істинного на 1,5 см. Тому потрібно від одержаної цифри 11 см відняти 1,5 см, щоб знайти прямий розмір виходу порожнини малого таза, який дорівнює 9,5 см.

Поперечний розмір виходу таза – це відстань між внутрішніми поверхнями сідничних горбів.

Вимірювання поперечного розміру виходу таза проводять без рукавичок.

1. Запропонувати вагітній лягти на кушетку, зігнути ноги в тазостегнових, колінних суглобах і максимально притиснути їх до живота.

2. Взяти сантиметрову стрічку або спеціальний тазомір із перехресними гілками.

3. Пропальпувати внутрішні поверхні сідничних бугрів і сантиметровою стрічкою (або тазоміром із перехресними гілками) виміряти відстань між ними.

5. До одержаної величини (9–9,5 см) потрібно додати 1–1,5 см з огляду на товщину м'яких тканин. Одержаний розмір дорівнює 11 см.

Додаткові розміри таза

Попереково-крижовий ромб (ромб Міхаеліса) являє собою площину на задній поверхні крижів, верхній кут якої складає поглиблення під остистим відростком п'ятого поперекового хребця, бокові кути відповідають задньоверхнім остям клубових кісток; нижній – верхівці крижів; зверху і зовні ромб обмежується виступами великих спинних м'язів, знизу і зовні – виступами сідничних м'язів. Ромб Міхаеліса має два розміри: поздовжній – між верхнім і нижнім його кутами (11 см), поперечний – між бічними кутами (9 см). Сума поперечного та поздовжнього розмірів ромба Міхаеліса відповідає розміру зовнішньої кон'югати (рис. 4).

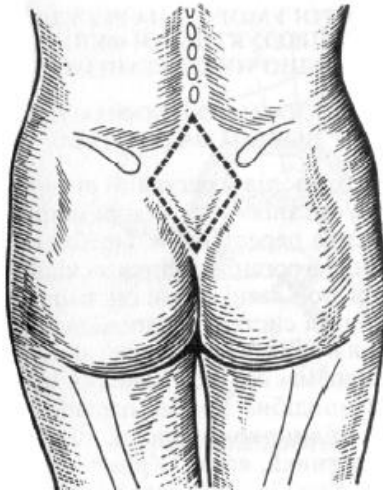


Рисунок 4 – Попереково-крижовий ромб Міхаеліса

Бічну кон'югату вимірюють тазоміром від передньо-верхньої до задньовверхньої ості клубової кістки однойменного боку, вона дорівнює 14,5 см.

Косі розміри таза вимірюють для визначення його асиметрії. Для цього порівнюють відстань між такими точками:

1) від середини верхнього краю симфізу до задньовверхньої ості гребеня клубових кісток справа і зліва; ці розміри дорівнюють по 17 см з обох боків;

2) від передньовверхньої ості одного боку до задньовверхньої ості протилежного боку і навпаки. Цей розмір дорівнює 21 см;

3) від остистого відростка п'ятого поперекового хребця до передньовверхньої ості правої і лівої клубових кісток. Цей розмір дорівнює 18 см.

У симетричному тазі всі косі розміри однакові. Різниця між косими розмірами одного боку та косими розмірами протилежного боку, більша за 1,5 см, свідчить про асиметрію таза.

Косі розміри таза. Для виявлення асиметрії таза за допомогою тазоміра вимірюють такі косі розміри:

- відстань від передньовверхньої ості клубової кістки одного боку до задньовверхньої ості іншого боку й навпаки;
- відстань від верхнього краю симфізу до правої і лівої задньовверхніх остей;
- відстань від надкуприкової ямки до правої та лівої передньовверхніх остей.

Косі розміри одного боку порівнюють із відповідними розмірами іншого. За нормальної будови таза величина парних косих розмірів однакова. Різниця, що перевищує 1 см, свідчить про асиметрію таза.

Лобковий кут – це кут між спадними гілками лобкової кістки. Лобковий кут вимірюють у положенні вагітної на

гінекологічному кріслі, в цьому разі великі пальці обох рук розміщують уздовж низхідних гілок лобкової кістки. У нормі лобковий кут дорівнює $90-100^\circ$. Окружність таза в нормі – 85 см і більше. Висота лобкового зчленування в нормі – 4–4,5 см.

Бічні розміри таза вимірюють тазоміром у положенні вагітної стоячи. Визначають відстань між передньовіршніми і задньовіршніми остями клубових кісток одного боку. У нормі – 14,5–15 см.

Площини малого таза та їх розміри

Порожниною малого таза є простір між його стінками, що зверху та знизу обмежений площинами входу і виходу таза. Вона має вигляд циліндра, усіченого спереду назад так, що передня частина (яка повернута до лона) майже втричі нижча від задньої (що повернута до крижової кістки).

У порожнині малого таза розрізняють чотири площини:

- входу;
- широкої частини;
- вузької частини;
- виходу.

Площини малого таза та їх розміри: *площина входу в малий таз* обмежена ззаду мисом крижової кістки, з боків – пограничними (дугоподібними) лініями клубових кісток, спереду – верхнім краєм лобкової кістки та симфізу.

Розрізняють чотири розміри (рис. 5).

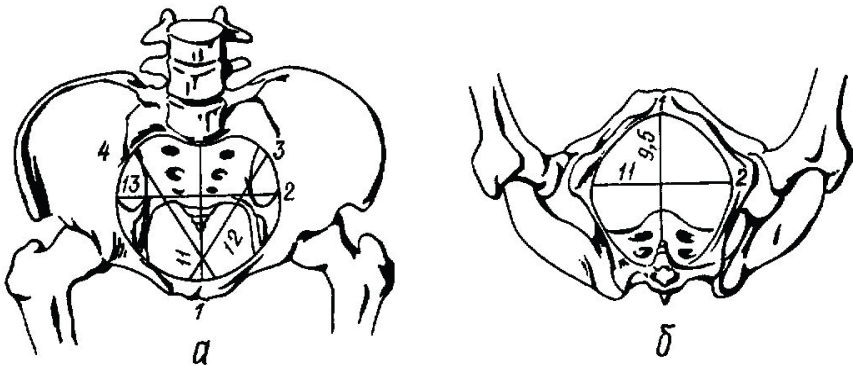


Рисунок 5 – Розміри площин малого таза
 (1 – прямий; 2 – поперечний; 3, 4 – правий і лівий косий):
 а – площина входу в малий таз; б – площина виходу з малого
 таза (розміри наведено в сантиметрах)

Прямий розмір – відстань від мису крижової кістки до точки верхньовнутрішнього краю симфізу, що найбільше виступає, її називають також *істинною, або акушерською кон'югатою (conjugata vera)*, вона дорівнює 11 см. Розрізняють також анатомічну кон'югату (*conjugata anatomica*) – відстань від мису крижової кістки до верхнього краю симфізу, вона на 0,3 см більша від акушерської. Поперечний розмір – відстань між найвіддаленішими точками дугоподібних ліній клубових кісток (*linea innominata*), дорівнює 13 см. Косий розмір (лівий і правий) – відстань від лівого крижово-клубового зчленування (*articulatio sacroiliaca*) до правого клубово-лобкового підвищення (*eminentia ileorubica*) і навпаки, дорівнює 12 см.

Площина широкої частини порожнини малого таза обмежена ззаду з'єднанням II і III крижових хребців, із боків – серединою кульшових западин, спереду – серединою внутрішньої поверхні симфізу. У площині широкої частини малого таза розрізняють два розміри – прямий і поперечний (рис. 6).

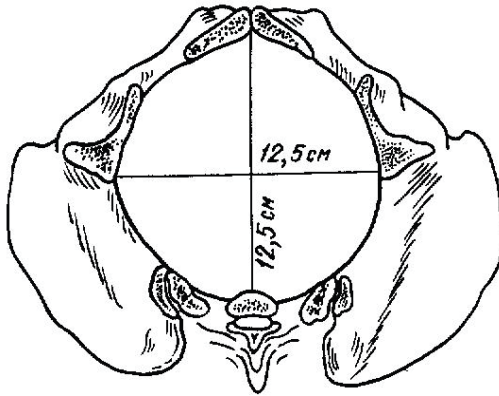


Рисунок 6 – Розміри площини широкої частини малого таза
(прямий – від середини внутрішньої поверхні симфізу до рівня
з'єднання II і III крижових хребців;
поперечний – між серединами кульшових западин)

Прямий розмір – від проекції з'єднання II і III крижових хребців до середини внутрішньої поверхні симфізу, дорівнює 12,5 см.

Поперечний розмір – між серединами кульшових западин, дорівнює 12,5 см.

Площина вузької частини малого таза обмежена спереду нижнім краєм симфізу, ззаду – крижово-куприковим з'єднанням, із боків – остями сідничних кісток. Розрізняють два розміри площини вузької частини малого таза: прямий і поперечний.

Прямий розмір – від крижово-куприкового з'єднання до середини нижнього краю лобкового симфізу, дорівнює 11 см.

Поперечний розмір – між внутрішніми поверхнями остей сідничних кісток, дорівнює 10,5 см.

Площина виходу з малого таза обмежена спереду нижнім краєм симфізу, ззаду – верхівкою куприка, з боків – внутрішніми поверхнями сідничних бугрів.

Розміри площини виходу з малого таза: прямий і поперечний.

Прямий розмір – це відстань від середини нижнього краю симфізу до верхівки куприка, дорівнює 9,5 см (під час пологів, коли народжується голівка, куприк відхиляється на 1,5 см назад, і прямий розмір збільшується до 11 см).

Поперечний розмір – відстань між внутрішніми поверхнями сідничних бугрів, дорівнює 11 см.

Розміри виходу з малого таза можуть бути виміряні безпосередньо. Для цього вагітну кладуть на спину, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, розведені в боки і підтягнуті до живота. Вимірювання виконують сантиметровою стрічкою або спеціальним тазоміром. Прямий розмір вимірюють між наведеними вище орієнтирами. Під час вимірювання поперечного розміру потрібно до одержаної відстані між внутрішніми поверхнями сідничних бугрів (9,5 см) додати 1,5 см, урахувуючи товщину м'яких тканин. Лінію, що проходить посередині всіх прямих розмірів площин, називають провідною віссю таза (рис. 7). Лобковий кут дорівнює 90–100°, кут нахилу таза – 55–60°. Висоту симфізу вимірюють під час вагінального обстеження, вона дорівнює 3,5–4 см.

Найважливішим розміром для оцінювання таза є істинна кон'югата, яка не може бути виміряна безпосередньо. Тому її вираховують із доступних для вимірювання розмірів: зовнішньої кон'югати та діагональної кон'югати. Для визначення *істинної кон'югати* від розміру зовнішньої кон'югати необхідно відняти 8 см при обводі променезап'ясткового суглоба < 14 см; 9 см – при обводі променезап'ясткового суглоба 14–16 см, та 10 см –

при обводі променезап'ясткового суглоба > 16 см. Наприклад:
 $20 \text{ см} - 9 \text{ см} = 11 \text{ см}$.

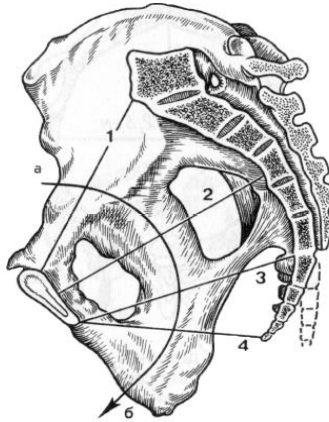


Рисунок 7 – Прямі розміри чотирьох площин малого таза:
(1 – вхід у малий таз (істинна кон'югата); 2 – широка частина порожнини малого таза; 3 – вузька частина порожнини малого таза; 4 – вихід із малого таза; а-б – провідна вісь

Діагональна кон'югата – відстань від нижнього краю симфізу до точки мису крижової кістки, що найбільше виступає. Діагональну кон'югату вимірюють за допомогою вагінального дослідження. Під час уведення у вагіну вказівного та середнього пальців рухаються крижовою западиною до мису крижів, кінчик середнього пальця фіксують на його верхівці, а ребро долоні впирають у нижній край симфізу. Місце, де рука лікаря торкається нижнього краю симфізу, відзначають пальцем другої руки. Після того як пальці вийняті з піхви тазоміром або сантиметровою стрічкою вимірюють відстань від верхівки середнього пальця до відзначеної точки зіткнення ребра долоні з нижнім краєм симфізу (рис. 8).

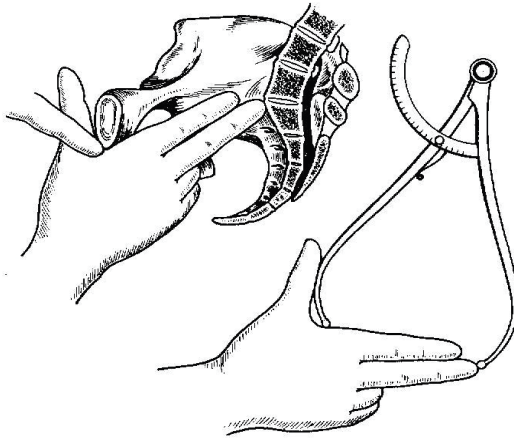


Рисунок 8 – Вимірювання діагональної кон'югати

Діагональна кон'югата дорівнює в середньому 13 см. Якщо кінцем витягнутого пальця мис крижової кістки досягнути не вдається, то вважають, що розмір діагональної кон'югати близький до норми.

Для встановлення істинної кон'югати від розміру діагональної кон'югати потрібно відняти 1,5–2 см залежно від обводу променезап'ясткового суглоба: при обводі 15 см – 1,5 см, а при 16 см і більше – 2 см.

Основні зовнішні розміри таза і діагональну кон'югату вимірюють в усіх без винятку вагітних і роділь. Якщо під час дослідження основні розміри не відповідають нормі і виникає підозра на звужений таз, проводять додаткові вимірювання.

Жіноча промежина

Промежина (perineum) утворює дно таза, закриваючи вихід із нього. В акушерстві поняття промежини більш вузьке, ніж в анатомії, зокрема, промежиною називають проміжок між задньою спайкою статевих губів і переднім краєм заднього проходу. В утворенні дна малого таза беруть участь дві

діафрагми – тазова і сечостатева. М'язи тазового дна складаються з трьох шарів (рис. 9).

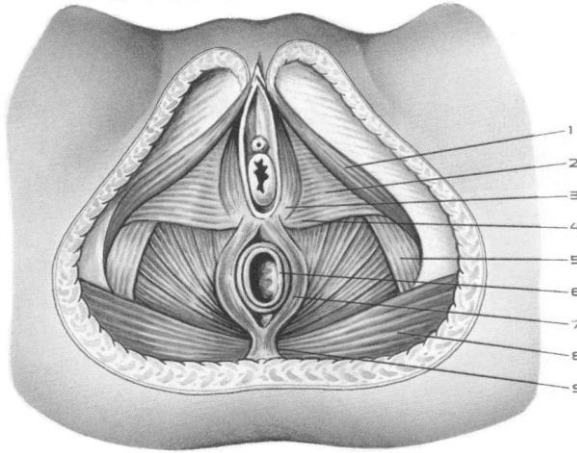


Рисунок 9 – М'язи жіночої промежини:

*1 – сіднично-печеристий м'яз; 2 – сечово-статева діафрагма;
3 – цибулинно-губчастий м'яз; 4 – поверхневий поперечний м'яз
промежини; 5 – внутрішній затульний м'яз; 6 – пряма кишка;
7 – зовнішній сфінктер заднього проходу; 8 – великий сідничний
м'яз; 9 – задньопрохідно-куприкова зв'язка*

Поверхневий (зовнішній) шар складають такі м'язи: сіднично-печеристий (*m. ischioavernosus*) – починається від сідничного бугра і влітається в тканини клітора; цибулинно-губчастий (*m. bulbosavernosus*) – починається від сухожильного центра промежини і прикріплюється до стінок піхви; зовнішній м'яз, що стискує задній прохід (*m. sphincter ani externus*), – починається в ділянці верхівки куприка, охоплює задньопрохідний отвір і влітається в сухожильний центр промежини; поверхневий поперечний м'яз промежини (*m. transversus perinei superficialis*) – починається від сідничного бугра і закінчується в сухожильному центрі промежини.

Середній шар м'язів тазового дна складається із сечостатевої діафрагми, яка у вигляді трикутника розміщена між лобковим зчленуванням, лобковими і сідничними кістками. Вона утворена м'язом, що стискує сечовивідний канал (*m. sphincter uretrae internum*) і глибоким поперечним м'язом промежини (*m. transversus perinei profundus*).

Внутрішній шар м'язів тазового дна називають діафрагмою таза. Це міцний парний м'яз, що піднімає задній прохід (*m. levator ani*), який складається з м'язових пучків: лобково-куприкового (*m. pubococcygeus*) та клубово-куприкового (*m. iliococcygeus*). Куприковий м'яз (*m. ischiococcygeus*) є рудиментарним, починається від сідничних остей і прикріплюється до нижніх хребців крижової кістки та куприка.

РОЗДІЛ 2

Плід як об'єкт пологів

Ознаки зрілості плода:

- 1) зріст зрілого плода – більше ніж 47 см;
- 2) маса тіла зрілого плода – більше ніж 2 500 г;
- 3) пупкове кільце розміщене на середині між лоном та мечоподібним відростком;
- 4) шкіра рожева, здорова, розвинена. Сироподібна змазка міститься лише в пахових та пахвинних складках шкіри;
- 5) нігті прикривають кінці фалангів пальців;
- 6) довжина волосся на голівці досягає 2 см;
- 7) хрящі вух і носа тугі;
- 8) у хлопчиків яєчка опущені в мошонку, в дівчаток малі статеві губи й клітор прикриті великими статевими губами.

Будова голівки зрілого плода. На голівці плода розрізняють шви (лобний, стрілоподібний, вінцевий, ламбдоподібний) та тім'ячка (велике, мале і по два бічних із кожного боку).

Лобний шов розміщений між лобними кістками, стрілоподібний (сагітальний) – між тім'яними. Вінцевий – між обома лобними та обома тім'яними, а ламбдоподібний – між двома тім'яними та потиличною кістками.

Велике тім'ячко (переднє) знаходиться між задніми частинами обох лобних та передніми частинами обох тім'яних кісток і являє собою сполучнотканинну пластинку ромбоподібної форми. Мале тім'ячко (заднє) має форму трикутника і міститься між задніми частинами обох тім'яних кісток та потиличної.

Велике і мале тім'ячко з'єднує стрілоподібний шов (рис. 10).

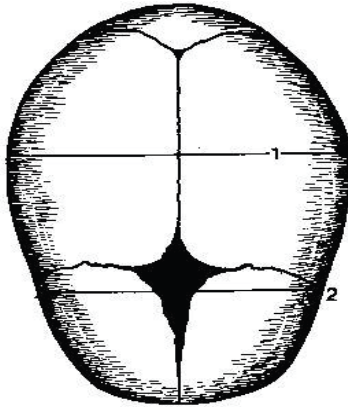


Рисунок 10 – Череп новонародженого (вигляд згори):
1 – великий; 2 – малий поперечні розміри голівки

Бокові тім'ячка знаходяться: передні – між лобною та скроневою і клиноподібною кістками, задне – між скроневою, тім'яною та потиличною кістками. У зрілого плода вони закриті. На голівці плода розрізняють *розміри і відповідні їм обводи*: (рис. 11).

Прямий розмір (*d. fronto-occipitalis*) – від перенісся до точки потилиці, що найбільше виступає, він дорівнює 12 см, обвід голівки *circumferencia fronto-occipitalis* дорівнює 35 см.

Великий косий розмір (*d. mentooccipitalis*) – від підборіддя до найбільш віддаленої точки потилиці, дорівнює 13,5 см. Відповідний йому обвід – 41 см.

Малий косий розмір (*d. suboccipitobregmaticus*) – від підпотиличної ямки до середини великого тім'ячка, дорівнює 9,5 см. Відповідний йому обвід – 32 см.

Середній косий розмір (*d. suboccipitofrontalis*) – від потиличної ямки до межі волосистої частини лоба, дорівнює 10 см. Відповідний йому обвід – 33 см.

Вертикальний розмір (d. sublingvabregmaticus) – від середини великого тім'ячка до під'язикової кістки, дорівнює 9,5 см; обвід голівки дорівнює 33 см.

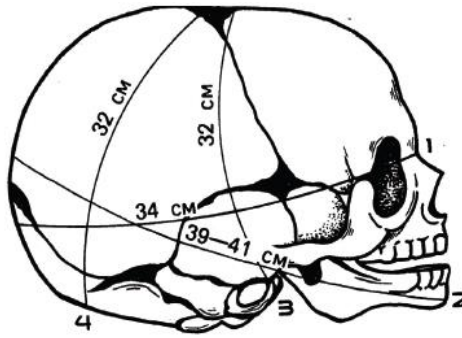


Рисунок 11 – Окружності голівки новонародженої дитини відповідно до її розмірів: 1 – *прямий*; 2 – *великий косий*; 3 – *вертикальний*; 4 – *малий косий* розміри

Великий поперечний розмір (d. biparietalis) – між найбільш віддаленими точками тім'яних горбиків, дорівнює 9,5 см.

Малий поперечний розмір (d. bitemporalis) – між найбільш віддаленими точками вінцевого шва, дорівнює 8 см.

Поперечник тазової ділянки (d. intertrochanterica) дорівнює 9,5 см. Відповідний йому обвід – 28 см.

Поперечник плечового пояса (d. biacromialis) дорівнює 12 см. Обвід цього розміру – 35 см.

Розташування плода в порожнині матки

Розташування плода в порожнині матки в останні місяці вагітності має велике значення, оскільки від цього значною мірою залежить перебіг пологів. Для наочного уявлення розташування плода в порожнині матки існують акушерські поняття: положення, позиція, вид та передлежання плода.

• *Положення плода* – відношення поздовжньої осі плода до поздовжньої осі матки.

Розрізняють такі положення плода:

– поздовжнє – поздовжня вісь плода і поздовжня вісь матки збігаються;

– поперечне – поздовжня вісь плода перетинає поздовжню вісь матки під прямим кутом;

– косе – поздовжня вісь плода перетинає поздовжню вісь матки під гострим кутом.

• *Позиція плода* – відношення спинки плода до правого і лівого боків матки.

Розрізняють дві позиції:

– перша – спинка плода повернута ліворуч;

– друга – спинка плода повернута праворуч.

При поперечному і косому положеннях плода позиція визначається за місцезнаходженням голівки: голівка зліва від середньої лінії живота матері – перша позиція, справа – друга позиція.

Вид позиції – відношення спинки плода до передньої або задньої стінки матки. Розрізняють два види:

– передній – спинка плода повернута вперед;

– задній – спинка плода повернута назад.

• *Передлежання* – відношення великої частини плода (голівки або таза) до входу в малий таз. Розрізняють головне і тазове передлежання. Передлежачою частиною називають ту частину плода, що знаходиться ближче до входу в малий таз і

першою проходить пологовими шляхами. При зігнутій голівці плода найнижче розташованою її частиною є потилиця. Таке передлежання називають потиличним, воно трапляється найчастіше.

Значно рідше голівка буває розігнутою. У цьому разі, залежно від ступеня розгинання, передлежачою частиною можуть бути тім'я (передньоголовне передлежання), лоб (лобне передлежання), обличчя (лицеве передлежання).

Різні варіанти розташування плода подані на рисунку 12.

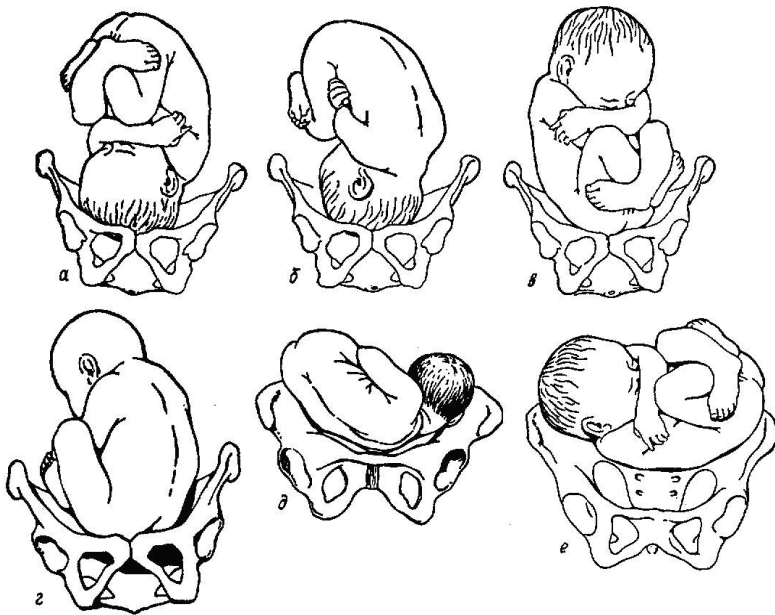


Рисунок 12 – Положення плода в матці:

- a – потиличне передлежання, перша позиція, задній вид;*
- б – потиличне передлежання, перша позиція, передній вид;*
- в – сідничне передлежання, друга позиція, задній вид;*
- г – сідничне передлежання, перша позиція, передній вид;*
- д – поперечне положення, перша позиція, передній вид;*
- е – поперечне положення, друга позиція, задній вид*

У разі тазового передлежання найнижче розташованою частиною можуть бути сіднички (сідничне передлежання), ніжки (ножне передлежання). Для оцінювання етапів просування голівки родовими шляхами велике значення мають поняття великого і малого сегментів голівки плода.

Під *великим сегментом голівки* умовно мають на увазі окружність найбільшого розміру голівки, яким вона проходить через площини малого таза в разі такого її вставлення. У разі потиличного передлежання, коли голівка вставляється в таз у зігнутому положенні, найбільшою окружністю буде та, яка відповідає окружності малого косого розміру. У разі розгинального вставлення голівки великий сегмент буде іншим (залежно від ступеня розгинання).

Під *малим сегментом голівки* умовно мають на увазі меншу за великий сегмент частину голівки, якою вона проходить через площини малого таза.

РОЗДІЛ 3

Прийоми зовнішнього акушерського обстеження (прийоми Леопольда)

Під час зовнішнього акушерського обстеження вагітних і роділь послідовно використовують чотири прийоми Леопольда (рис. 13).

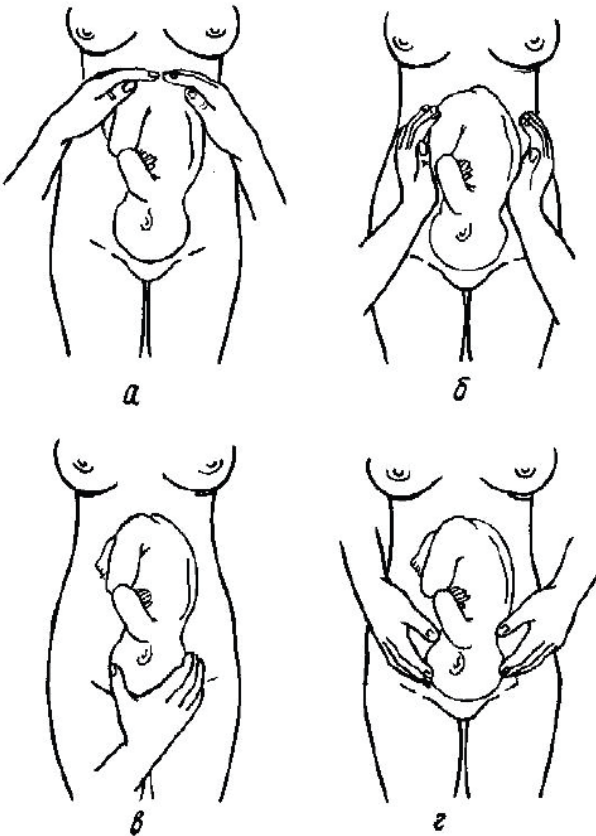


Рисунок 13 – Прийоми Леопольда

Пальпацію живота проводять у положенні вагітної на спині із зігнутими в кульшових та колінних суглобах нижніми кінцівками. Лікар (або акушерка) стоїть (або сидить) праворуч від вагітної обличчям до її обличчя, коли виконує перші три прийоми, та обличчям до її нижніх кінцівок, коли виконує четвертий прийом. Перший, другий і четвертий прийоми виконують двома руками, третій – однією (частіше правою) рукою.

Перший прийом. Мета – визначення висоти стояння дна матки та частини плода, яка знаходиться в дні матки. Для цього лікар стає праворуч від вагітної, обличчям до неї, долоні обох рук кладе на дно матки, визначає висоту її стояння над лоном та частину плода, розташовану в дні матки. Долонями обох рук, розміщеними горизонтально над дном матки, визначають висоту стояння дна матки (тобто її розмір і відповідно термін вагітності) і частину плода, розташовану біля дна матки (рис. 14).



Рисунок 14 – Перший прийом Леопольда

Другий прийом. Мета – визначення позиції і виду позиції плода. Обидві долоні переміщують із дна на бічні поверхні матки й по чергово то правою, то лівою рукою пальпують частини плода, повернуті до бічних стінок матки (рис. 15). У разі поздовжнього положення плода з одного боку прощупують спинку плода – гладенька широка поверхня, з протилежного – дрібні частини плода у вигляді невеликих рухливих горбиків. Таким чином, за допомогою другого прийому визначають положення, позицію, вид плода.



Рисунок 15 – Другий прийом Леопольда

Третій прийом. Мета – визначити характер передлежачої частини плода (передлежання). Однією рукою, зазвичай правою, що лежить трохи вище від лобка, охоплюють передлежачу частину плода, після цього обережно роблять рухи цією рукою вправо і вліво (рис. 16). Голівка плода прощупується як щільна куляста частина, що має чіткі контури. Якщо голівка плода ще не встановилася у вході до малого таза, вона легко переміщується, балотує між великим і рештою пальців. У разі тазового передлежання визначається об'ємна м'якувата частина,

вона не кругла за формою і не здатна балотувати. У разі поперечного та косого положень плода передлежача частина не прощупується. Отже, за допомогою третього прийому визначають характер передлежачої частини плода.



Рисунок 16 – Третій прийом Леопольда

Четвертий прийом. Мета – визначити рівень стояння передлежачої частини (зокрема, голівки) щодо площини входу в малий таз і ступінь її вставлення. Лікар стає праворуч, обличчям до нижніх кінцівок вагітної, обидві руки кладе долонями вниз на бічні відділи нижнього сегмента матки і пальпує доступні ділянки передлежачої частини плода, намагаючись проникнути кінчиками пальців між передлежачою частиною і бічними відділами входу в малий таз (рис. 17).

Методом зовнішнього дослідження за допомогою четвертого прийому Леопольда одержують такі дані:

- *голівка рухома над входом у малий таз* – якщо пальці рук можна підвести під голівку;
- *голівка притиснута до входу в малий таз* – кінці пальців рук не сходяться під голівкою, проте потилиця і вся лицева частина пальпуються над входом у малий таз;
- *голівка малим сегментом у вході в малий таз* – потилична частина голівки виступає над входом у малий таз на два пальці, а лицева частина – повністю;
- *голівка великим сегментом у вході в малий таз* – потилична частина голівки не пальпується над входом у малий таз, а лицева виступає на два-три пальці;
- *голівка в порожнині таза* – пропальповується лише підборіддя або зовсім не визначаються частини голівки плода.



Рисунок 17 – Четвертий прийом Леопольда

Вимірювання окружності живота та висоти стояння дна матки

Окружність живота (ОЖ) вимірюють сантиметровою стрічкою, що проходить спереду через пупок, ззаду – через середину поперекової ділянки (рис. 18).

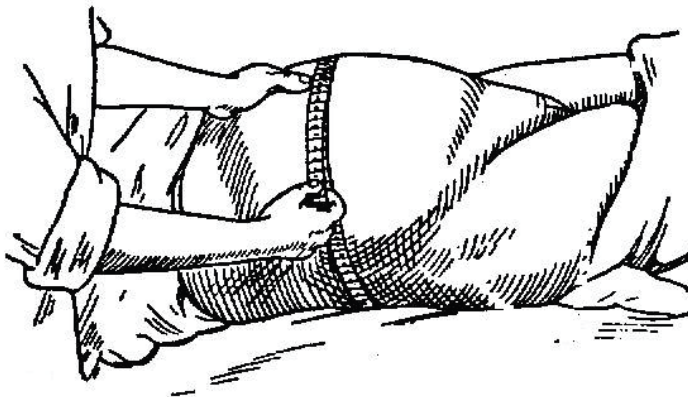


Рисунок 18 – Вимірювання окружності живота

Висоту стояння дна матки (ВДМ) вимірюють сантиметровою стрічкою від верхнього краю симфізу до точки дна матки, яка найбільше виступає (рис. 19).

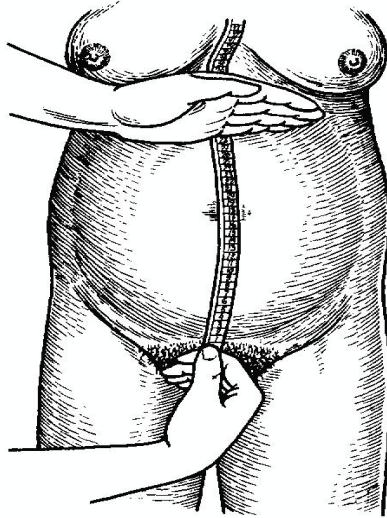


Рисунок 19 – Вимірювання висоти стояння дна матки

Підрахування передбачуваної маси плода

Передбачувану масу плода (МП) орієнтовно обчислюють за такою формулою: $МП (г) = ОЖ \cdot ВДМ$.

Більш достовірно масу плода визначають методом ультразвукового дослідження.

РОЗДІЛ 4

Внутрішнє акушерське дослідження

У разі фізіологічного перебігу вагітності внутрішнє (вагінальне) акушерське дослідження виконують під час першого огляду пацієнтки в жіночій консультації на ранніх термінах вагітності та в останні тижні для з'ясування ступеня зрілості шийки матки.

У разі наявності показань (відхилення від нормального перебігу вагітності) внутрішнє дослідження виконують у будь-якому терміні, але здебільшого на початку пологів і в пологах.

Після деконтамінації рук лікаря (оброблення спиртовим антисептиком або миття водою з милом) одягають стерильні гумові рукавички. Вульву та присінок піхви обробляють антисептиками, що не містять спирту. Огляд проводять на гінекологічному кріслі або в акушерському ліжку.

Внутрішнє акушерське дослідження дає інформацію про особливості м'яких тканин пологового каналу (еластичність, здатність до розтягнення, а щодо шийки матки – про форму, довжину, ступінь розкриття), плодовий міхур, передлежачу частину і розміщення основних її орієнтирів щодо таза, кістковий таз (екзостози, деформації, досяжність мису).

Під час виконання внутрішнього акушерського дослідження визначають:

- стан зовнішніх статевих органів, їх розвиток;
- ширину входу, просвіту та розтягання стінок піхви, наявність рубців, запальних змін, пухлини, стан промежини, наповнення ампули прямої кишки та сечового міхура;
- форму та глибину склепінь;
- положення піхвової частини шийки матки, її форму, величину, консистенцію, наявність рубців та розривів;
- стан внутрішнього та зовнішнього зівів, їх прохідність (розкриття в сантиметрах);

- вкорочення або згладженість шийки, відношення піхвової частини шийки матки до довжини каналу шийки матки;
- наявність плодового міхура, його форму та щільність; стан під час і після перейм: наливається лише під час перейм, залишається налитим і поза переймами, надмірно напружений, слабшає або зовсім не наливається під час перейм (плоский міхур) та ін.;

- характер передлежачої частини (голівка, сідниці), розташування її пізнавальних точок, установлення відношення передлежачої частини до тієї чи іншої площини малого таза (над входом у малий таз, у вході в малий таз малим або великим сегментом, у широкій частині малого таза, у вузькій частині або у виході таза); чи не визначаються в межах вічка петлі пуповини, плацентарна тканина, дрібні частини плода та ін.;

- ємність таза, наявність екзостозів і величину діагональної кон'югати;

- характер піхвових виділень.

Під час піхвового дослідження під час вагітності визначають *ступінь «зрілості» шийки матки*. Розрізняють такі поняття: шийка матки незріла, недостатньо зріла або зріла. Для визначення готовності організму жінки до пологів, за даними оцінювання «зрілості» шийки матки, оцінюють консистенцію шийки матки, довжину її піхвової частини, прохідність каналу шийки матки, положення шийки стосовно провідної осі таза за шкалою Бишоп (табл. 1).

Таблиця 1 – Оцінювання ступеня «зрілості» шийки матки за шкалою Бішоп

| Ознака | Ступінь «зрілості» | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------|--|
| | 0 балів | 1 бал | 2 бали |
| Положення шийки | Відхилена назад | Відхилена вперед | Серединне |
| Довжина шийки (см) | ≥ 2 | 1-2 | $1 \leq$ |
| Консистенція шийки матки | Щільна | Розм'якшена | М'яка |
| Стан зовнішнього вічка (см) | Закритий | Відкритий на 1см | Відкритий на ≥ 2 см |
| Місце знаходження передлеглої частини плоду | Рухома над входом в малий таз | Притиснена до входу у малий таз | Притиснена або фіксована у вході в малий таз |

Примітка: 0–2 бала – шийка «незріла»;
 3–5 балів – шийка «недостатньо зріла»;
 ≥ 6 балів – шийка «зріла»

РОЗДІЛ 5

Біомеханізм пологів у разі переднього та заднього видів потиличного передлежання

Біомеханізм пологів у разі переднього та заднього видів потиличного передлежання є важливою темою під час вивчення курсу акушерства. Оскільки біомеханізм пологів є основним компонентом пологового акту, в разі переднього та заднього видів потиличного передлежання він визначає прогноз пологів як для матері, так і для плода. Достеменно знання біомеханізму пологів дозволяє своєчасно проводити профілактичні чи лікувальні заходи, що, зрештою, приводить до зниження материнської та перинатальної смертності під час пологів.

Біомеханізм пологів – це комплекс поступальних, обертальних, згинальних і розгинальних рухів, які здійснює плід, проходячи пологовим каналом.

Розпочинаючи вивчення біомеханізму пологів, необхідно відзначити такі особливості положення голівки плода в разі потиличного передлежання:

1) положення голівки до початку пологів трохи зігнуте, тобто потилиця і мале тім'ячко нижче за велике;

2) стрілоподібний шов розміщується трохи в косому розмірі у вході до малого таза, оскільки поперечний розмір входу до таза проходить близько до крижової кістки, і м'язи дещо звужують задньобічні відділи таза.

Біомеханізм пологів залежить також від структури кістково-тазового кільця (звуження його в задньобічних відділах за рахунок м'язів) і від здатності голівки до конфігурації.

Біомеханізм пологів у разі переднього виду потиличного передлежання

Біомеханізм пологів у разі переднього виду потиличного передлежання складається з чотирьох моментів.

Перший момент – згинання голівки (*flexio capitis*) та опускання її в площину входу до малого таза (рис. 20). Він складається з комбінації рухів: поступального, згинального та обертального. Але найбільш вираженим є такий, що визначає на цей час основний характер руху голівки – її згинання. Шийна частина хребта згинається, підборіддя наближається до грудної клітки, мале тім'ячко встановлюється нижче за велике і стає провідною точкою. Це поворот голівки навколо своєї поперечної осі. Внаслідок згинання голівки мале тім'ячко розміщується на нижньому полюсі передлежачої частини, наближаючись до провідної осі таза, і стає «провідною точкою». Внаслідок цього згинання голівки проходить через таз найменшою окружністю, яка проходить через малий косий розмір і дорівнює 32 см. Згинання голівки найбільш просто пояснюється законом двоплечової підйоми. Поступальні рухи голівки тривають безперервно аж до народження дитини. Упродовж цього моменту голівка конфігурується.

Під час згинання голівки провідна вісь голівки і таза збігаються, у цьому разі стрілоподібний шов знаходиться на рівній відстані від лона і мису крижів. Таке вставлення голівки називають синклітичним. У разі відхилення сагітального шва від провідної осі таза (ближче до мису або до лона) виникає асинклітичне вставлення, що є патологічним.



Рисунок 20 – Згинання голівки плода

Другий момент – внутрішній поворот голівки (*rotatio capitis internum*) (рис. 21). Поворот голівки починається в разі її переходу з широкої у вузьку частину порожнини малого таза. Голівка повільно повертається навколо своєї осі так, що потилиця спрямована до симфізу, а обличчя – до крижової кістки. У цьому разі стрілоподібний шов поступово змінює своє положення, переходячи з поперечного розміру в косий, потім – із косоного в прямий розмір виходу таза. Поворот голівки закінчується, коли стрілоподібний шов встановлюється в прямому розмірі площини виходу, а підпотилична ямка, що знаходиться під малим тім'ячком, устанавлюється під лобковим зчленуванням. За першої позиції стрілоподібний шов проходить через правий косий розмір, за другої – через лівий косий розмір таза.

Внутрішній поворот голівки плода є наслідком пристосування найменших її розмірів до найбільших розмірів

таза, а також опору поступальному руху голівки з боку м'язового апарату таза.



Рисунок 21 – Внутрішній поворот голівки плода

Третій момент – розгинання голівки (*deflexio capitis*) в площині виходу (рис. 22). Розгинання в разі фізіологічного перебігу пологів відбувається в площині виходу таза: стрілоподібний шов збігається з прямим розміром виходу таза. Точка фіксації утворюється між серединою нижнього краю лобкового зчленування і підпотиличною ямкою. Навколо цієї точки здійснюється розгинання голівки, а клінічно це супроводжується народженням лоба, обличчя, підборіддя. Під час урізування та прорізування голівки тулуб просувається до малого таза, причому поперечний розмір плечиків входить в один із косих розмірів входу до малого таза. За першої позиції плечики займають лівий косий розмір входу, за другої – правий

розмір входу до малого таза. Народження голівки через вульварне кільце відбувається малим косим розміром (9,5 см).



Рисунок 22 – Розгинання голівки плода

Четвертий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки (*rotatio trunci internum et capitis externum*) (рис. 23). Під час розгинання голівки плечики плода вставляються в поперечний або в один із косих розмірів входу, потім переходять у косий, а на виході – в прямий розмір таза. За першої позиції плечики займають лівий косий розмір входу, за другої – правий косий розмір входу до малого таза. На тазовому дні плечики здійснюють внутрішній поворот подібно до повороту голівки плода.

Закінчивши поворот, плечики встановлюються прямим розміром у прямому розмірі площини виходу таза. Цей поворот передається голівці, яка народилася, що відповідає четвертому моменту біомеханізму пологів. У цьому разі обличчя плода

обертається до правого (за першої позиції) або лівого (за другої позиції) стегна матері.

Переднє плечико вступає під лобкову дугу, фіксується біля нижнього краю симфізу.



Рисунок 23 – Внутрішній поворот тулуба і зовнішній поворот голівки плода

Точка фіксації – місце прикріплення дельтоподібного м'яза до плечової кістки. Навколо точки фіксації відбувається згинання тулуба в грудному відділі, і першим народжується заднє плечико, потім – задня ручка. Після народження плечового пояса відбувається поява інших частин плода, народження яких не має спеціального механізму, оскільки їх розміри значно менші за голівку і плечики.

Біомеханізм пологів у разі заднього виду потиличного передлежання

Перший момент – згинання та опускання голівки не відрізняється від переднього виду потиличного передлежання (рис. 24).



Рисунок 24 – Згинання та опускання голівки плода

Другий момент – внутрішній поворот голівки плода: потилиця обертається не до симфізу, як при передньому виді потиличного передлежання, а до крижової кістки, обличчя обернене до симфізу (рис. 25). Таким чином, мале тім'ячко

спрямоване в бік крижів, а велике – до симфізу. Слідом за потилицею повертається назад спинка плода. Стрілоподібний шов через однойменний із позицією косий розмір переходить у прямий розмір виходу таза.



Рисунок 25 – Внутрішній поворот голівки плода

Третій момент – додаткове згинання (максимальне) голівки. Вона фіксується в середині нижнього краю симфізу ділянкою переднього краю великого тім'ячка, утворюється перша точка фіксації, навколо якої завершується додаткове згинання, яке триває до того часу, поки не утвориться друга точка фіксації (рис. 26).



Рисунок 26 – Додаткове згинання голівки плода

Четвертий момент – розгинання голівки. Подальше прорізування голівки відбувається внаслідок утворення нової, другої точки фіксації між підпотиличною ямкою і верхівкою куприка. Таким чином, голівка народжується лицем із-під симфізу, вона прорізується трохи більшим середнім косим розміром – 10 см (рис. 27).



Рисунок 27 – Розгинання голівки плода

П'ятий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки не відрізняються від четвертого моменту біомеханізму пологів у разі переднього виду потиличного передлежання (рис. 28).



Рисунок 28 – Внутрішній поворот плечиків
і зовнішній поворот голівки

Конфігурація голівки в разі заднього виду потиличного передлежання – доліхоцефалічна. До етіологічних моментів утворення заднього виду потиличного передлежання належать зміни форми і розмірів таза, а також голівки плода. Часто цей варіант спостерігається в разі малих, недоношених чи мертвих плодів.

Особливості клініки перебігу пологів у разі потиличного передлежання заднього виду: більша тривалість пологового акту, ніж за переднього виду потиличного передлежання; більша витрата пологових сил для надмірного згинання голівки; частіше виникнення розривів промежини, повторна слабкість пологової діяльності, дистрес плода тощо.

Прогноз пологів взагалі задовільний. Ведення пологів вичікувальне, однак завжди необхідно бути готовим до надання акушерської допомоги чи операції.

РОЗДІЛ 6

Біомеханізми пологів у разі звуженого таза

Біомеханізм пологів у разі загальнорівномірнозвуженого таза

Перший момент – вставлення і максимальне згинання голівки плода (рис. 29). Асинклітизм Редерера.



Рисунок 29 – Вставлення і максимальне згинання голівки плода

Другий момент – внутрішній поворот голівки (рис. 30).



Рисунок 30 – Внутрішній поворот голівки плода

Третій момент – розгинання голівки, утворюються дві точки фіксації, промежина значно розтягується, і, як наслідок, – розриви (рис. 31).



Рисунок 31 – Розгинання голівки

Четвертий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки плода. Під час прорізування голівки на лонній дузі утворюються дві точки фіксації – зростає ризик травм промежини (рис. 32).



Рисунок 32 – Внутрішній поворот плечиків
і зовнішній поворот голівки плода

Провідна точка – мале тім'ячко.

Провідна лінія – стрілоподібний шов.

Конфігурація голівки – доліхоцефалічна.

Біомеханізм пологів у разі поперечнозвуженого таза

Перший момент – згинання голівки плода. Перед початком пологів спостерігається високе пряме стояння стрілоподібного шва. Голівка без внутрішнього повороту опускається на тазове дно.



Рисунок 33 – Згинання голівки плода

Другий момент – розгинання голівки плода навколо точки фіксації підпотиличної ямки і нижнього краю симфізу.



Рисунок 34 – Розгинання голівки плода

Третій момент – зовнішній поворот голівки плода. Плечики міжакроміальним розміром вставляються в прямий розмір площини входу в малий таз і без внутрішнього повороту опускаються на тазове дно. Ці рухи призводять до зовнішнього повороту голівки.



Рисунок 35 – Зовнішній поворот голівки плода

Четвертий момент – народження тулуба плода.

Біомеханізм пологів у разі простого плоского таза

Перший момент – розгинання голівки плода.



Рисунок 36 – Розгинання голівки плода

Другий момент – асинклітичне вставлення голівки плода. Асинклітизм Негеле, Ліцмана.



Рисунок 37 – Асинклітичне вставлення голівки плода

Третій момент – внутрішній поворот голівки плода, відбувається із затримкою – низьке поперечне стояння стрілоподібного шва.



Рисунок 38 – Внутрішній поворот голівки плода

Четвертий момент – згинання голівки плода.



Рисунок 39 – Згинання голівки плода

П'ятий момент – розгинання голівки.

Шостий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки плода.

Біомеханізм пологів у разі плоскорухічного таза

Перший момент – розгинання голівки плода.



Рисунок 40 – Розгинання голівки плода

Другий момент – асинклітичне вставлення голівки плода. Асинклітизм Негеле, Ліцмана.



Рисунок 41 – Асинклітичне вставлення голівки плода

Третій момент – внутрішній поворот голівки плода, відбувається із затримкою – низьке поперечне стояння стрілоподібного шва.



Рисунок 42 – Внутрішній поворот голівки плода

Четвертий момент – згинання голівки плода.



Рисунок 43 – Згинання голівки плода

П'ятий момент – розгинання голівки.

Шостий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки плода.

РОЗДІЛ 7

Біомеханізм пологів у разі розгинальних передлежань

Біомеханізм пологів у разі передньоголового передлежання

Пологи в разі передньоголового передлежання мають тривалий перебіг. За нормального таза, звичайних розмірів плода та неускладненої пологової діяльності вони можуть закінчитися самостійно.

Перший момент – помірне розгинання голівки (I ступінь). Велике тім'ячко розташоване на одному рівні з малим або нижче від нього і поступово стає провідною точкою. Досягнувши вузької частини, вона здійснює другий момент – внутрішній поворот.



Рисунок 44 – Помірне розгинання голівки

Другий момент – внутрішній поворот голівки. Після закінчення цього моменту стрілоподібний шов знаходиться в прямому розмірі виходу, під лобковим зчленуванням знаходиться велике тім'ячко, потилиця обернена назад.



Рисунок 44 – Внутрішній поворот голівки плода

Третій момент – згинання голівки. Точкою фіксації є надперенісся або межа волосистої частини лоба, яка стає першою точкою фіксації. Навколо цієї точки відбувається згинання голівки. У цьому разі прорізується потилиця до підпотиличної ямки, яка впирається у верхівку куприка з утворенням другої точки фіксації. Навколо неї відбувається згинання голівки.



Рисунок 46 – Згинання голівки плода

Четвертий момент – розгинання голівки. У цьому разі точкою фіксації є підпотилична ямка або потиличний горбик, що впирається в передню поверхню куприка. У цей момент із-під лобкового симфізу народжується голівка прямим розміром (12 см).



Рисунок 47 – Розгинання голівки плода

П'ятий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки. Здійснюється так само, як і в разі потиличного передлежання.



Рисунок 48 – Внутрішній поворот плечиків
і зовнішній поворот голівки

Біомеханізм пологів у разі лицевому передлежання і вставлення голівки плода

Перший момент – розгинання голівки (II ступінь). Унаслідок цього передлежачою частиною стає обличчя. У поперечному або в одному з косих розмірів входу в таз встановлюється лицева лінія, що йде від лобного шва по спинці носа до підборіддя. Провідною точкою стає підборіддя. У такому стані голівка опускається до входу в малий таз.



Рисунок 49 – Розгинання голівки плода

Другий момент біомеханізму пологів – внутрішній поворот голівки. Проходить одночасно з першим, але більш виражений у разі переходу із широкої частини порожнини малого таза у вузьку. Підборіддя зазвичай повертається наперед, а лицева лінія переходить у косий, а потім – у прямий розмір виходу з малого таза.



Рисунок 50 – Внутрішній поворот голівки плода

Третій момент – згинання голівки. Голівка встановлюється своїм великим сегментом у виході, в цьому разі вона впирається під'язиковою кісткою в нижній край лобкового зчленування, де й утворюється точка фіксації. Народжується голівка вертикальним розміром 9,5 см.



Рисунок 51 – Згинання голівки плода

Четвертий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки.



Рисунок 52 – Внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки

Біомеханізм пологів у разі лобного передлежання і вставлення голівки плода

Перший момент – помірне розгинання голівки (II ступінь). Голівка вставляється в поперечному розмірі входу великим косим розміром (13,5 см). У цьому разі нижче від усього розміщений лоб, який є провідною точкою. Різко конфігуруючись, доходить до широкої частини порожнини малого таза.



Рисунок 53 – Розгинання голівки плода

Другий момент біомеханізму пологів – внутрішній поворот голівки плода. Голівка здійснює внутрішній поворот потилицею назад спочатку в косому, а потім установлюється у виході з таза лобним швом у прямому розмірі, верхня щелепа притискається до нижнього краю лобкового зчленування, де й утворюється перша точка фіксації (задній вид).



Рисунок 54 – Внутрішній поворот голівки плода

Третій момент – згинання голівки настає під час прорізування голівки і складається із згинання та розгинання голівки. У цьому разі альвеолярний відросток верхньої щелепи впирається в нижній край симфізу (перша точка фіксації), і голівка згинається. У цей момент над промежиною візуалізуються тім'я та потилиця.



Рисунок 55 – Згинання голівки плода

Четвертий момент – розгинання голівки. У подальшому підпотилична ямка (друга точка фіксації) впирається у верхівку куприка, голівка розгинається і з-під лобкового зчленування з'явлюється лоб, очі, ніс, рот, підборіддя.



Рисунок 56 – Розгинання голівки плода

П'ятий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки.



Рисунок 57 – Внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки

РОЗДІЛ 8

Ручна акушерська допомога

Суть цього прийому полягає в тому, щоб запобігти занадто стрімкому переміщенню голівки родовими шляхами і по можливості, щоб голівка прорізувалася своїм найменшим розміром (тобто за максимального згинання – малий косий розмір). Захист промежини полягає в зменшенні сили, з якою голівка плода давить на промежину, і в регуляції правильного проходження голівки через статеву щілину.

Перший момент починається з моменту прорізування голівки. Для того щоб запобігти передчасному розгинанню голівки, акушер стає справа від породіллі і кладе долоню лівої руки на лобкове зчленування так, щоб долонні поверхні щільно зімкнених між собою чотирьох пальців розміщувалися вниз на голівці і по можливості покривали всю голівку.



Рисунок 58 – Попередження передчасного розгинання голівки

Таким чином ми запобігаємо передчасному розгинанню голівки та надмірно швидкому її проходженню родовими шляхами. У цьому разі натискувати потрібно всією долонною поверхнею пальців, тоді як натискування лише кінчиками пальців може призвести до травмування голівки.

Другий момент – виведення голівки із статевої щілини після потуг. Суть цього моменту полягає в найбільш обережному виведенні голівки зі статевої щілини. Здійснюється це за допомогою розтягування великим і вказівним пальцями бульбарного кільця над голівкою після закінчення потуги.



Рисунок 59 – Виведення голівки зі статевої щілини після потуг

Третій момент – зменшення напруження промежини.

Мета – зробити промежину більш податливою до голівки за рахунок тканин, «позичених» із сусідніх ділянок, тобто зсув бокових тканин по можливості назад, у бік промежини.

Четвертий момент – регулювання потуг під час вставляння голівки тім'яними буграми.

У цей час небезпека розриву промежини і надмірного здавлення досягає свого максимуму. Перед акушером у цей момент стоїть завдання вміло регулювати потуги. Коли голівка

зупинилася тім'яними буграми в статевій щілині, а підпотилична ямка – під лобковим зчленуванням, породіллі пропонують глибоко і часто дихати відкритим ротом. Тоді обома руками затримують просування голівки, поки потуга значно не послабшає.



Рисунок 60 – Регулювання потуг під час вставлення голівки

Права рука акушера стискає після потуги промежину над лицем плода так, що вона зісковзує з лица, ліва рука на цей час повільно трохи піднімає голівку плода вверх і розгинає її.

П'ятий момент – звільнення плечового пояса і народження тулуба.

Після народження голівки породіллі пропонують тужитися. Голівку захоплюють обома руками так, щоб долоні обох рук низом прилягали до правої та лівої скронево-щічної

ділянок плода. У цьому разі голівку плода підтягують вниз до того часу, поки плечико не підійде під лобкове зчленування. Потім лівою рукою захоплюють голівку (долоня знаходиться на нижній щоці плода), трохи піднімаючи цією рукою голівку вгору, а правою – ссуваючи промежину із заднього плечика. Останнє обережно виводять, щоб не порушити цілісності ключиць і промежини породіллі.



Рисунок 61 – Звільнення плечового пояса і народження тулуба

Коли плечовий пояс звільнений, у підпахвові ділянки плода вводять спинки вказівних пальців рук і тулуб трохи піднімають уверх. Це сприяє швидкому й бережному його народженню.

Активне ведення третього періоду пологів

Завдяки низці переваг активне ведення третього періоду пологів є найпоширенішою тактикою у світі та рекомендованою Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Міжнародною федерацією акушерів-гінекологів та Міжнародною конфедерацією акушерок.

Застосування методики активного ведення третього періоду під час кожних пологів дозволяє знизити частоту післяпологової кровотечі, зумовленої атонією матки, на 60 %, а також зменшити кількість післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- уведення утеротоніків:
- народження посліду за допомогою контрольованих тракцій за пуповину під час відведення матки долонею від лона;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Правила введення утеротоніків: упродовж першої хвилини після народження дитини потрібно пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плода, за його відсутності ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово (рис. 62, крок 1). Під час вибору утеротоніку необхідно надавати перевагу окситоцину, оскільки його ефект виявляється вже через 2–3 хвилини, він може бути використаний в усіх жінок.

Якщо в наявності немає окситоцину, можна використати ергометрин – 0,2 мг в/м.

Жінка повинна бути проінформованою про можливі побічні ефекти цих препаратів.

Не можна використовувати ергометрин жінкам із прееклампсією, еклампсією та гіпертензією.

Контрольовані тракції за пуповину:

– перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці (рис. 62, крок 2);

– покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки й утримувати матку, відводячи її від лона. Утримувати пуповину в стані легкого натяжіння та дочекатися сильного скорочення матки (зазвичай через 2–3 хв після введення окситоцину) (рис. 62, крок 3);

– одночасно із сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягти (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти, одночасно продовжувати проводити другою рукою контртракцію в напрямку, протилежному тракції (тобто відштовхуючи матку від лона) (рис. 62, крок 4);

– якщо плацента не опускається (тобто не народжується) впродовж 30–40 с контрольованої тракції, потрібно припинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати в стані легкого натяжіння; друга рука залишається над лоном, утримуючи матку;

– дочекатися, поки матка знову добре скоротиться та повторити контрольовану тракцію за пуповину з контртракцією на матку.

Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки від лона. Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки.

Крок 1 Внутрішньом'язове введення окситоцину



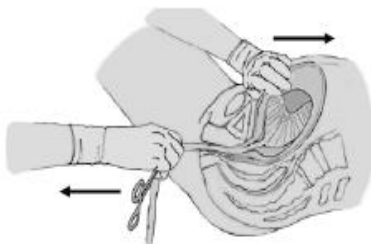
Крок 2 Накладання затискача на пуповину біля промежини



Крок 3 Розташування рук – підготовка до контрольованої тразії



Крок 4 Народження плаценти шляхом контрольованої тразії за пуповину з одночасною контракцією на матку



Крок 5 Народження оболонок шляхом „скручування”



Крок 6 Масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду



Рисунок 62 – Активне ведення третього періоду пологів

Після народження плаценти утримують її двома руками та обережно повертають викручуючи оболонки, повільно підтягують плаценту вниз для закінчення пологів (рис. 62, крок 5).

У разі обриву оболонок обережно обстежують піхву і шийку матки в стерильних рукавичках.

У разі виявлення оболонок використовують вікончастий затискач для видалення залишків плаценти.

Уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо ділянка материнської поверхні відсутня або є ділянка обірваних оболонок із судинами, є привід запідозрити затримку ділянок плаценти та розпочати необхідні заходи.

Масаж матки: після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною (рис. 62, крок 6).

У подальшому пальпують матку кожні 15 хв упродовж перших 2 год, щоб бути впевненому в тому, що після масажу матка не розслабляється, а залишається щільною. За необхідності проводять повторний масаж.

Міхур із льодом на низ живота в ранньому післяпологовому періоді не застосовують.

Активне ведення III періоду пологів повинно бути запропоноване кожній жінці, оскільки воно знижує частоту післяпологових кровотеч, що виникають унаслідок атонії матки.

Роділля повинна бути проінформованою щодо активного ведення III періоду пологів та повинна надати добровільну письмову згоду на його проведення.

Очікувальне ведення третього періоду пологів

Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше ніж 1 хв після народження дитини перетискають та перетинають пуповину. Проводять ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відшарування плаценти, кількістю кров'яних виділень.

У разі виникнення ознак відшарування плаценти необхідно запропонувати жінці «натужитися», що приведе до народження посліду.

Ознаками відшарування плаценти

Ознака Шредера: якщо плацента відокремилася та спустилася в нижній сегмент чи вагіну, дно матки піднімається вгору і розміщується вище та вправо від пупка; матка набирає вигляду пісочного годинника.

Ознака Чукалова – Кюстнера: під час натискання ребром долоні на надлобкову ділянку в разі відокремлення плаценти матка підіймається вгору, пуповина не втягується в піхву (рис. 63).

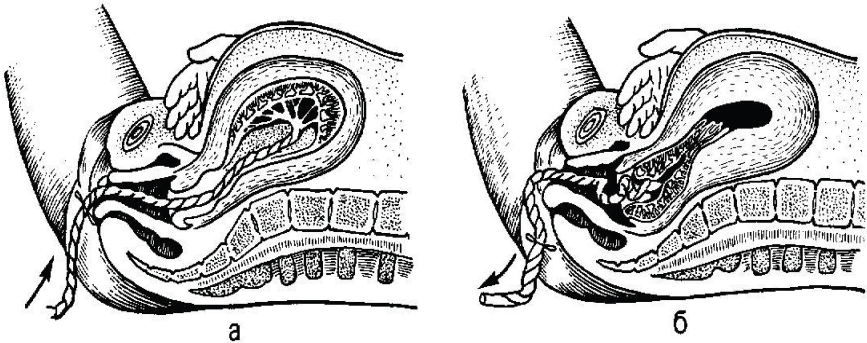


Рисунок 63 – Ознака Чукалова – Кюстнера:
а – плацента не відділилася; б – плацента відділилася

Ознака Альфельда: лігатура, яка знаходиться на пуповині в статевій щілині роділлі, під час відокремлення плаценти спускається на 8–10 см і нижче від вульварного кільця.

Ознака Довженка: жінці пропонують глибоко дихати: якщо під час видиху пуповина не втягується у вагіну, то плацента відокремилася.

Ознака Клейна: роділлі пропонують потужитись: якщо пуповина не втягується у вагіну, то плацента відокремилася. Для видалення посліду, який відокремився, користуються зовнішніми методами.

Операції та маніпуляції в разі невідходження посліду або його частин

Нормальне відокремлення посліду відбувається впродовж 15–30 хвилин після пологів. Послід відокремлюється за допомогою останньої потуги або перших послідових перейм. Відокремлення відбувається на всій поверхні водночас. Кровотеча (переважно за рахунок позаплацентарного кровоскупчення) не перевищує зазвичай 150–300 мл, рідше доходить до 500 мл (найвища межа норми).

Кожне порушення нормального механізму відокремлення посліду (ранній масаж матки, потягування за пуповину) спричиняє кровотечу внаслідок часткового відшарування посліду.

Показанням до втручань у разі затримки посліду найчастіше (близько 90 % випадків) є поява кровотечі, а значно рідше (10 %) – затримка посліду без кровотечі.

Часто трапляються випадки затримання посліду в разі прикріплення його в дні матки або біля маткових кутів. Нарешті, варто пам'ятати про можливе прирощення плаценти (*placenta adhaerens*, *placenta accreta*). Чим довше залишається в матці послід (за відсутності значної кровотечі), тим вищий відсоток післяпологових ускладнень. Усе це диктує необхідність якнайшвидшого спорожнення матки. З метою профілактики післяпологової кровотечі застосовують тактику активного ведення третього періоду пологів. За інших умов із метою видалення посліду застосовують такі способи:

Спосіб Абуладзе. Після випорожнення сечового міхура передню черевну стінку беруть обома руками в складку таким чином, щоб щільно захопити прямі м'язи живота. Після цього пропонують роділлі потужитися. Послід у цьому разі легко народжується завдяки значному зменшенню об'єму черевної порожнини (рис. 64).

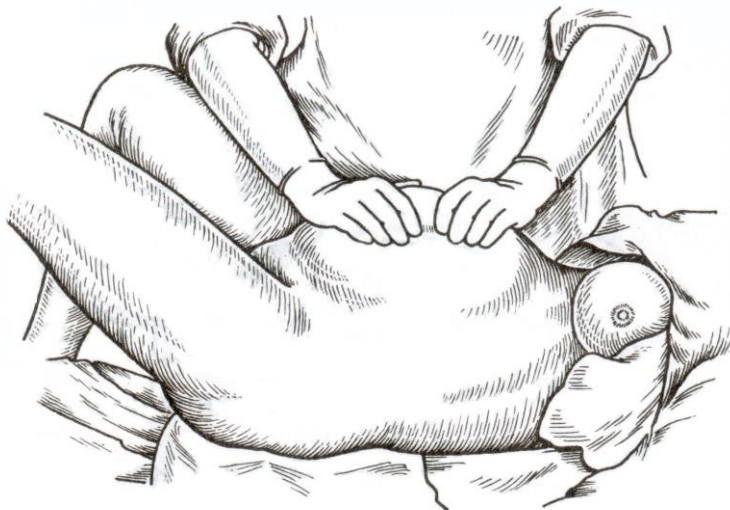


Рисунок 64 – Спосіб Абуладзе

Спосіб Креде – Лазаревича. Виконують у такій послідовності:

- 1) спорожнюють сечовий міхур;
- 2) приводять дно матки в серединне положення;
- 3) легенько погладжують матку з метою її скорочення;
- 4) охоплюють дно матки рукою з таким розрахунком, щоб долонні поверхні чотирьох її пальців були розміщені на задній стінці матки, долоня – на дні матки, а великий палець – на передній її стінці (рис. 65);

5) одномоментно надавлюють на матку всією кистю у двох напрямках (пальцями – спереду назад, долонею – зверху вниз) у напрямку до лобка до того часу, доки послід не народиться із вагіни.

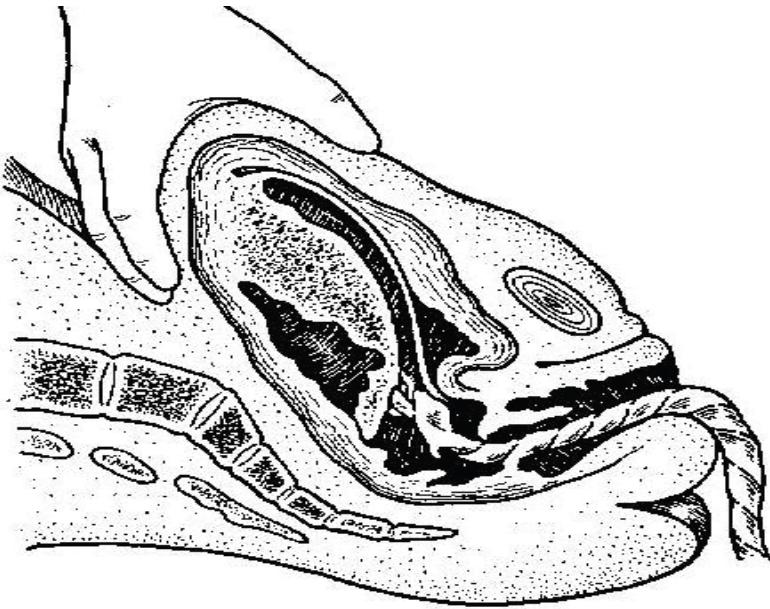


Рисунок 65 – Спосіб Креде – Лазаревича

Після народження плода проводять ручне відокремлення і виділення посліду. У разі виникнення кровотечі ручне відокремлення та виділення посліду повинні бути проведені негайно під адекватним знеболюванням.

Після виділення плаценти необхідно її ретельно оглянути (переконатися в цілості плаценти з оболонками).

Огляд пологових шляхів після пологів (за допомогою вагінальних дзеркал) виконують лише за наявності кровотечі після оперативних вагінальних пологів або в разі невпевненості лікаря в цілості пологових шляхів (стрімкі пологи, пологи поза лікарняним закладом).

Ручне відокремлення посліду та його частин (*Extractio placentaе manualis*)

Ручне відокремлення посліду з витягуванням його – це один з остаточних заходів, застосовуваних для видалення з матки посліду чи його частин.

Показання: кровотеча в послідовому періоді, що перевищує 300 мл за відсутності ознак відділення плаценти, защемлення посліду, що відділився; після оперативних втручань (акушерські щипці, екстракція плода за тазовий кінець, внутрішній акушерський поворот, плодоруйнівні операції), затримка посліду в порожнині матки більше ніж 30 хв навіть за відсутності кровотечі.

Знеболювання: інгаляційний або внутрішньовенний наркоз. У разі відсутності цілодобової анестезіологічної служби можна провести знеболювання введенням 1 мл 1 % розчину промедолу, 2 мл 50 % розчину анальгіну та 1 мл 1 % розчину димедролу.



Рисунок 66 – Ручне відокремлення посліду та його частин

Підготовка роділлі: катетеризація сечового міхура, оброблення зовнішніх статевих органів йодонатом, накриття живота роділлі стерильною пелюшкою.

Підготовка акушера: повторне оброблення рук дезінфекційним розчином, зміна стерильних рукавичок.

Техніка операції: вказівним та великим пальцями лівої руки розводять вхід у піхву; праву руку, складену у вигляді конуса, вводять у піхву так, щоб тильний бік долоні був повернутий до крижів; по пуповині вводять руку в порожнину матки, знаходять край плаценти. Ліва рука у цьому разі повинна бути розміщена на дні матки і допомагати правій. Пилоподібними рухами правої руки, введеної між плацентою та стінкою матки, відділяють плаценту від стінки матки. Потягуючи лівою рукою за пуповину, витягують послід, права рука залишається в матці. Правою рукою ще раз обстежують порожнину матки, щоб переконатися у відсутності залишків плаценти. Якщо матка добре скоротилася, руку виводять із її порожнини.



Рисунок 67 – Ручне відокремлення та видалення посліду

РОЗДІЛ 9

Допомога в разі тазових передлежань плода

Перебіг вагітності в разі тазового передлежання не відрізняється від такого в разі головного передлежання, але нерідко трапляються й ускладнення. Найчастішим і найнесприятливішим за своїми наслідками є раннє або передчасне вилиття навколоплідних вод. Здебільшого це трапляється в разі ножному передлежання.

У терміні вагітності 30 тижнів проводять заходи, що сприяють самоповороту плода на голівку. Для цього рекомендують: положення на боці, протилежному позиції плода; колінно-ліктьове положення по 15 хв двічі-тричі на добу.

З 32-го тижня до 37-го тижня призначають комплекс коригувальних гімнастичних вправ за однією з існуючих методик.

Основні *елементи коригувальної гімнастики* за І. І. Грищенком та А. Є. Шулешовою:

- 1) нахили тулуба вагітної в бік спинки плода;
- 2) згинання нижніх кінцівок у колінних і кульшових суглобах з одночасним згинанням тулуба в бік позиції плода;
- 3) вигинання спини з упором на перекладині шведської стінки;
- 4) вигинання спини в колінно-ліктьовому положенні;
- 5) згинання нижніх кінцівок у колінних і кульшових суглобах лежачи на спині, приведення колін до живота, напівоберт таза із зігнутими кінцівками в бік позиції плода.

Протипоказання до проведення гімнастичних вправ: загроза передчасних пологів, передлежання плаценти, низьке прикріплення плаценти, анатомічно вузький таз II–III ступенів.

Не проводять в умовах жіночої консультації зовнішній профілактичний поворот плода на голівку (А).

У разі збереження тазового передлежання плода в терміні 37–38 тижнів вагітності проводять госпіталізацію в акушерський стаціонар за такими показаннями:

- наявність обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу;
- ускладнений перебіг даної вагітності;
- екстрагенітальна патологія;
- можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку.

У разі доношеної вагітності в стаціонарі III рівня до початку пологів.

Зовнішній поворот плода на голівку

Показання: неповне сідничне передлежання за доношеної вагітності та живого плода.

Умови:

- передбачувана маса плода < 3 700,0 г;
- нормальні розміри малого таза;
- спорожнений сечовий міхур вагітної;
- можливість проведення УЗД передлежання і стану плода до- та після проведення повороту;
- задовільний стан плода за БПП та відсутність аномалій розвитку;
- нормальна рухливість плода, достатня кількість навколоплідних вод;
- нормальний тонус матки, цілий плодовий міхур;
- готовність операційної до надання екстреної допомоги в разі виникнення ускладнень;
- наявність досвідченого кваліфікованого фахівця, який володіє технікою повороту.

Протипоказання:

• ускладнення перебігу вагітності на момент прийняття рішення про зовнішній поворот (кровотеча, дистрес плода, прееклампсія);

- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез;
- багато- або маловоддя;
- багатоплідна вагітність;
- анатомічно вузький таз;
- наявність рубцевих змін піхви чи шийки матки;
- III ступінь розгинання голівки за даними УЗД;
- передлежання плаценти;
- тяжка екстрагенітальна патологія;
- рубець на матці, спайкова хвороба;
- гідроцефалія та пухлини шиї плода;
- аномалії розвитку матки;
- пухлини матки та придатків матки.

Техніка зовнішнього повороту плода на голівку:

• положення жінки на боці з нахилом 30–40° в бік спинки плода;

• сідниці плода відводять від входу малого таза долонями лікаря, введеними між лоном та сідницями плода (рис. 68 а);

• обережно зміщують сідниці плода в бік позиції плода (рис. 68 б);

• зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції (рис. 68 в);

• закінчують поворот за допомогою зміщення голівки плода до входу в малий таз, а сідниць – до дна матки (рис. 68 г).

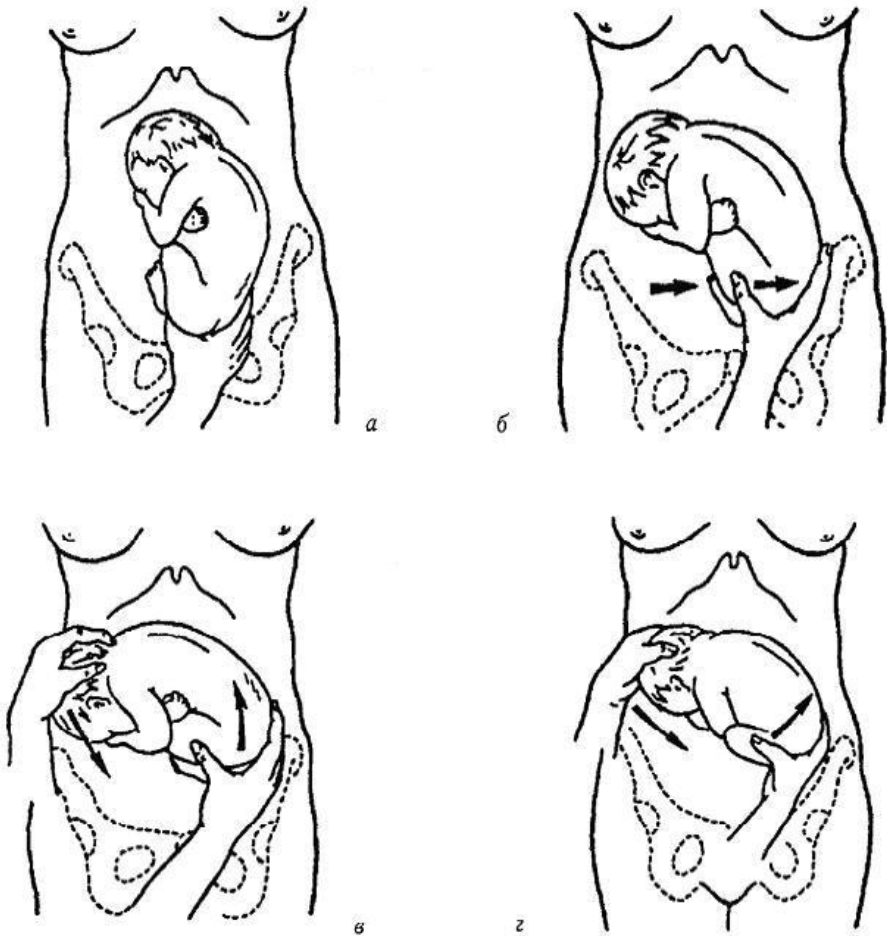


Рисунок 68 – Зовнішній поворот плода на голівку: *а* – сідниці плода відводять від входу в малий таз долонями лікаря, введеними між лоном та сідницями плода; *б* – обережно зміщують сідниці плода в бік позиції плода; *в* – зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції; *г* – закінчують поворот за допомогою зміщення голівки плода до входу в малий таз, а сідниць – до дна матки

Якщо перша спроба повороту була невдалою, проведення другої потрібно вважати недоцільним. Можливі ускладнення: передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти, дистрес плода, розрив матки. У разі обережного кваліфікованого виконання зовнішнього повороту плода на голівку частота ускладнень не перевищує 1 %.

Біомеханізм пологів у разі суто сідничного передлежання плода

Пологи в разі тазових передлежань відбуваються трьома етапами:

- 1-й етап – народження тазового кінця;
- 2-й етап – народження плечового пояса;
- 3-й етап – народження голівки плода.

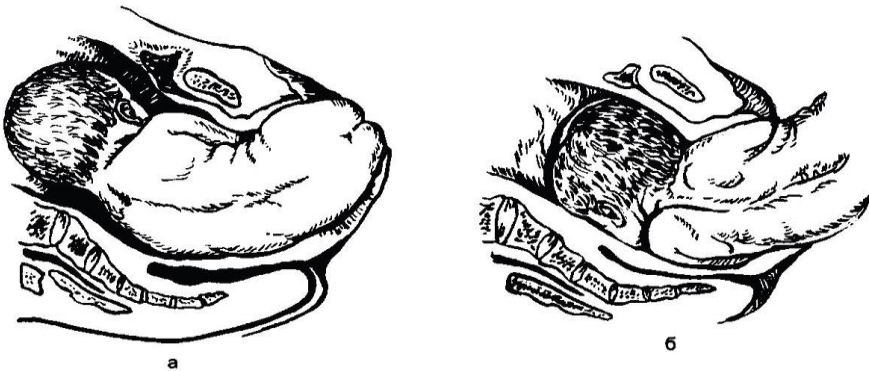


Рисунок 69 – Елементи біомеханізму пологів під час тазового передлежання плода: *а* – бокове згинання хребта в попереково-крижовому відділі; *б* – внутрішній поворот плечиків (із косого розміру в прямий) та зв'язаний із ним зовнішній поворот тулуба; *в* – згинання голівки навколо точки фіксації та її народження



Рисунок 69, аркуш 2

У разі тазових передлежань плід розташований у поздовжньому положенні, передлежачою частиною плода є тазовий кінець, голівка перебуває в ділянці дна матки. Частота тазового передлежання – 3–3,5 % від загальної кількості пологів. Провідною точкою є верхівка куприка, провідна лінія – міжвертельна.

Перший момент – внутрішній поворот сідничок. Сідниці своїм поперечним розміром (міжвертлюжною лінією, *linea intertrochanterica*) вставляються в один із косих розмірів площини входу в таз, однойменний позиції. Першою йде передня сідничка, на ній знаходиться провідна точка. Тазовий кінець поступово опускається на тазове дно, де й відбувається поворот, після завершення якого міжвертлюжна лінія стає в прямий розмір площини виходу з таза. Передня сідничка прорізується до утворення точки фіксації.



Рисунок 70 – Внутрішній поворот сідничок

Другий момент – згинання тулуба в попереково-грудному відділі. Після завершення повороту в ділянці гребеня клубової кістки плода утворюється точка фіксації, якою тазовий кінець упирається в нижній край симфізу. Навколо неї відбувається сильне бокове згинання тулуба в попереково-грудному відділі. Внаслідок цього згинання прорізується задня сідничка.



Рисунок 71 – Згинання тулуба в попереково-грудному відділі

Третій момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот тулуба. Після народження тазового кінця в косий розмір площини входу в таз (у той, через який пройшла міжвертлюжна лінія) своїм поперечником (*diameter biacromialis*, 12 см) вступають плечики. Спинка плода в цей час повертається дещо допереду. Плечики опускаються на тазове дно, де здійснюється поворот, унаслідок якого *diameter biacromialis* стає в прямий розмір площини виходу з таза.



Рисунок 72 – Внутрішній поворот плечиків
і зовнішній поворот тулуба

Четвертий момент – бокове згинання тулуба в шийно-грудному відділі хребта. Після завершення повороту плечиків народжується верхня третина переднього плечика, на межі верхньої та середньої третин його утворюється точка фіксації. Після цього відбувається згинання хребта в шийно-грудному відділі, за рахунок цього народжується заднє плечико.



Рисунок 73 – Бокове згинання тулуба в шийно-грудному відділі хребта

П'ятий момент – внутрішній поворот голівки. Голівка вступає стрілоподібним швом у площину входу в таз у косий розмір, протилежний тому, через який пройшли сіднички. Під час переходу з широкої частини порожнини малого таза у вузьку розпочинається внутрішній поворот, що завершується в площині виходу з таза. Стрілоподібний шов стає відповідно до прямого розміру, мале тім'ячко повертається допереду.



Рисунок 74 – Внутрішній поворот голівки

Шостий момент – згинання голівки. Після утворення точки фіксації в ділянці підпотиличної ямки відбувається згинання голівки, в результаті якого вона прорізується малим косим розміром. Над промежиною з'являються підборіддя, обличчя, лоб, тім'я, потилиця.



Рисунок 75 – Згинання голівки

Ручна допомога за методом Цов'янова І у разі суютї сїдничного передлежання плода

Для попередження ускладнень пологи *в разї неповного (суютї) сїдничного передлежання* проводять за методом Цов'янова І. Необхідно підкреслити, що ручна допомога – не операція, вона є допомогою лікаря під час самостійного народження плода в разї тазового передлежання.

Розпочинають надання ручної допомоги за методом Н. А. Цов'янова І в момент прорізування сїдниць; сїдницї, якї народжуються, підтримують без будь-яких спроб витягування плода. Основна мета – зберегти нормальне членорозташування плода, не дати ніжкам передчасно народитися, для цього великими пальцями їх утримують притиснутими до тулуба плода.

1. Потрібно розмістити після прорізування сїдниць великі пальці обох рук на притиснутих до живота ніжках плода, а інші чотири пальці рук – уздовж крижів плода – захоплення за типом «бінокля», спрямовуючи тулуб плода по осї пологового каналу (рис. 72).



Рисунок 76 – Прорізування сїдниць

2. У разі поступового народження тулуба руки просувають у напрямку до статевої щілини, обережно притискаючи ніжки до грудей, щоб вони не народилися раніше від плечового пояса.



Рисунок 77 – Народження тулуба

3. Після народження нижнього кута передньої лопатки сідниці спрямовують вниз у бік стегна роділлі (до якого повернулася спинка плода), що полегшує народження передньої ручки.



Рисунок 78 – Народження передньої руки

4. Для народження задньої руки і голівки тулуб плода спрямовують догори на живіт роділлі.

5. Після завершення внутрішнього повороту голівка народжується самостійно, в цьому разі лікар піднімає тулуб вгору до лона роділлі.

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

7. Увійшовши в малий таз у косому розрізі, голівка плода завершує свій внутрішній поворот, опускається на тазове дно і за інтенсивної пологової діяльності народжується самостійно, в цьому разі акушер піднімає тулуб плода догори до лона роділлі (виведення голівки за Брахтом).



Рисунок 79 – Народження задньої ручки

8. У разі ускладнень, що можуть виникнути під час народження плечового пояса і тим самим передбачити закидання ручок, необхідно перейти до звільнення плечового пояса і голівки плода за методикою класичної ручної допомоги.

Класична ручна допомога щодо виведення плечового пояса в разі тазових передлежань плода

Класичний ручний прийом. До нього вдаються після народження плода до рівня пупка (пасивний етап). Мета застосування прийому – звільнити ручки і голівку плода. Проведення класичного ручного прийому розпочинають із моменту народження плода до нижнього кута лопаток, до цього моменту ручки недоступні для витягування (активний етап).

Класичний ручний прийом виконують кількома етапами:

1) підготовчий (переконаються, що в статеву щілину вставився нижній кут лопатки);



Рисунок 80 – Підготовчий етап

2) вивільнення ручок: кожну ручку вивільняє відповідна рука акушера: праву ручку – права рука, ліву ручку – ліва рука; першою завжди вивільняють задню ручку; для вивільнення передньої ручки її варто перевести в задню позицію, для цього тулуб плода повертають на 180°, причому спинка плода повинна пройти під симфізом (додержують переднього виду); під час повороту тулуба плода не варто тягти плід донизу (можливі обмеження або закидання ручок);



Рисунок 81 – Вивільнення задньої ручки



Рисунок 82 – Поворот тулуба



Рисунок 83 – Вивільнення передньої ручки

3) вивільнення голівки, під час якого важливо мати помічника, який допоможе витягувати голівку, тиснучи на неї зверху через передню черевну стінку роділлі, напрямок тракції повинен збігатися з провідною віссю таза. Під час проходження голівки через вхід у малий таз раціонально надати роділлі висячого положення (за Вальхером). Внутрішня рука акушера вивільняє другу ручку плода. Плід сидить верхи на внутрішній поверхні передпліччя руці, середній палець внутрішньої руки акушер уводить у рот плода і сприяє згинанню голівки.



а



б

Рисунок 84 – Вивільнення плечового пояса: *а* – вивільнення заднього плечика і ручки; *б* – вивільнення другого плечика і ручки



Рисунок 85 – Вивільнення голівки плода

Вивільнення голівки способом Морісо – Левре – Лашапель

Відповідно до цього способу плід кладуть зверху на долоню і передпліччя нижньої руки акушера, яка перед цим вивільняла другу ручку дитини. У ротик дитини вводять нігтьову фалангу середнього пальця, натискають на нижню щелепу та обережно згинають голівку плода. Після цього асистент на прохання оператора натискає над лобком породіллі й підсилює згинання голівки. Для виведення голівки зі статевої щілини вільну руку кладуть на спинку плода, вказівний і середній пальці вилкоподібно розміщують із боків шиї плода, не заходячи в надключичну ямку.

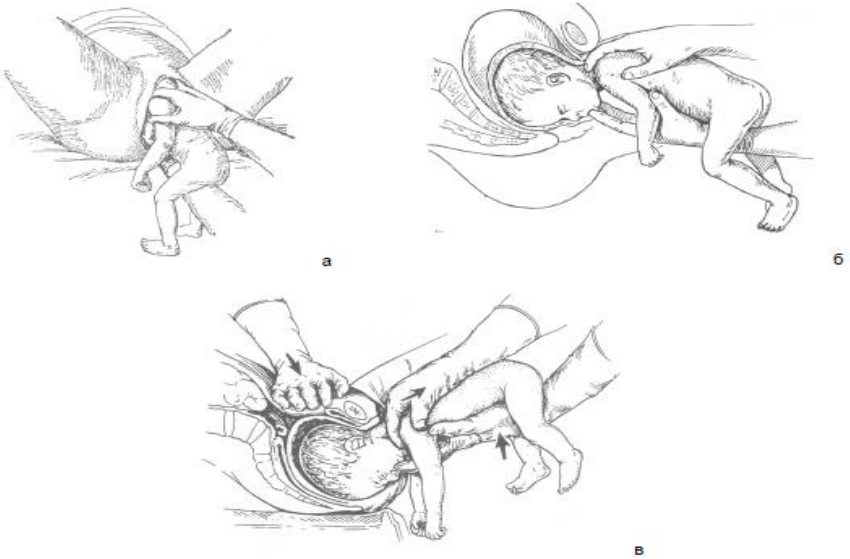


Рисунок 86 – Вивільнення голівки способом Морісо – Левре – Лашапеля: *а – введення руки під тулуб плода; б – розміщення пальців і введення середнього пальця в рот плода, в – спрямування тракцій для народження голівки*



Рисунок 87 – Згинання голівки плода

Тягнуть тулуб вниз (не натискаючи на ключиці), поки під симфізом не з'явиться задня межа волосистої частини голови (підпотилична ямка), після цього тракції виконують горизонтально доверху. Завдяки цьому над промежиною з'являються рот, ніс, лоб і вся волосиста частина голови.



Рисунок 88 – Виведення голівки плода

У разі необхідності асистент захищає промежину третім акушерським прийомом або робить епізіотомію. Для полегшення подальшого виведення голівки плода асистент послідовно натискає над лобком породіллі, щоб дно матки не відставало від голівки дитини.

Ведення пологів у разі ножних передлежань за методом Цов'янова II

За необхідності проведення пологів через природні пологові шляхи в разі ножного передлежання надають ручну допомогу за методом Н. А. Цов'янова II.

Ручна допомога в разі ножного передлежання за методом Цов'янова має на меті підготувати пологові шляхи для подальшого проходження голівки.

Мета ручної допомоги – перешкодити народженню ніжок плода до повного відкриття шийки матки і водночас допомогти підсиленню пологової діяльності. Цього досягають шляхом затримки народження ніжок до повного розкриття маткового вічка. Затримування народження ніжок сприяє повному відкриттю маткового вічка та утворюється змішане сідничне передлежання. Про повне розкриття маткового вічка свідчать сильне випинання промежини, зіяння ануса, часті й сильні потуги, висота стояння контракційного кільця на 10 см вище від симфізу та підтверджують повне розкриття після потуг під час внутрішнього дослідження.

Розпочинають надання допомоги при опусканні ніжок у піхву, що можливо у разі відходження навколоплідних вод і відкриття маткового зів'язу на 6–7 см.

Техніка допомоги полягає в тому, що стерильною пелюшкою накривають зовнішні статеві органи роділлі і прикладеною до вульви долонею перешкоджають передчасному народженню ніжок.



Рисунок 89 – Ручна допомога в разі ножного передлежання за методом Цов'янова II

У разі появи ознак, які свідчать про повне розкриття маткового вічка припиняють протидію просуванню ніжок. У подальшому після народження плода до нижнього кута передньої лопатки розпочинають класичну ручну допомогу.

Екстрація плода за паховий згин

Витягання плода за паховий згин за допомогою пальця вважають найважчою екстракцією. Починається ця операція після того, як вказівний палець найбільш сильної руки вводиться ззовні з боку спинки плода в паховий згин передньої ніжки.



Рисунок 90 – Екстракція за паховий згин

Коли під симфіз підходить гребінь передньої клубової кістки, акушер вставляє з боку спинки плода в паховий згин задньої сідниці вказівний палець другої руки, робить тракції догори і на себе.



Рисунок 91 – Екстракція за паховий згин

Внаслідок цього відбувається бічне згинання тулуба, прорізується спочатку задня, а потім народжується передня сідниця. Після народження сідниць великі пальці обох рук розміщують на крижах плода і тракції проводять донизу й на себе. Цей напрямок витягання продовжується до надходження тулуба плода до рівня пупка. Перевіряють пульсацію пуповини і залежно від її стану продовжують екстракцію з різним ступенем інтенсивності.

Після народження плода до нижнього кута передньої лопатки нижні кінцівки випадають із статевої щілини. Виведення ручок і голівки плода проводять з допомогою рук за класичним способом.

РОЗДІЛ 10

Акушерський поворот у разі поперечного положення плода

Єдиним способом розродження в разі поперечного положення плода, який забезпечує життя та здоров'я матері й дитини, є операція кесарева розтину термінами 38–39 тижнів.

Раніше часто застосовували **операцію класичного комбінованого зовнішньо-внутрішнього повороту плода на ніжку** з подальшим вилученням плода (рис. 92). Але вона дає багато незадовільних результатів. Операцію повороту плода на ніжку було розроблено в XVI ст. знаменитим французьким лікарем Амбрузом Паре. На сьогодні в разі живого плода її проводять лише у випадку розродження другого плода при двійнях. Необхідно зазначити, що операція класичного акушерського повороту плода на ніжку дуже складна і тому, враховуючи тенденції сучасного акушерства, її виконують дуже рідко.

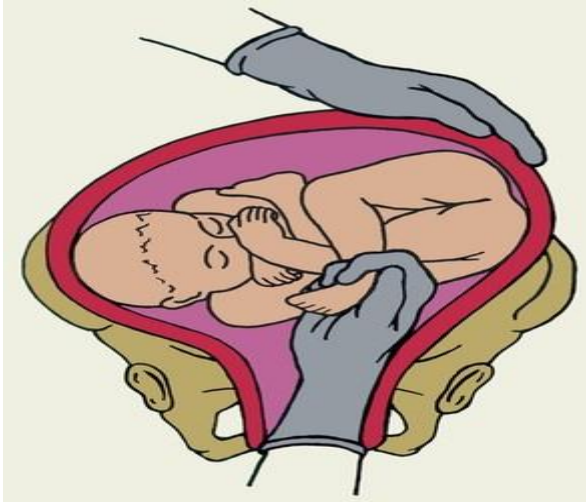


Рисунок 92 – Операція класичного комбінованого зовнішньо-внутрішнього повороту плода на ніжку

Показання:

поперечне або косо положення плода (під час пологів двійнятами, після народження першого плода).

Умови для операції акушерського класичного повороту:

- 1) повне розкриття шийки матки;
- 2) достатня рухливість плода;
- 3) відповідність між розмірами голівки плода і таза матері;
- 4) плодовий міхур цілий або води щойно відійшли;
- 5) живий плід середніх розмірів;
- 6) точне знання положення і позиції плода;
- 7) відсутність структурних змін у матці та пухлин у ділянці піхви;
- 8) згода роділлі на поворот.

Противоказання до операції акушерського класичного повороту:

- 1) запусчене поперечне положення плода;
- 2) загрозливий розрив матки, що почався або який відбувся;
- 3) уроджені вади розвитку плода (аненцефалія, гідроцефалія та ін.);
- 4) нерухомість плода;
- 5) вузький таз (II–IV ступенів звуження);
- 6) маловоддя;
- 7) великий або гігантський плід;
- 8) рубці або пухлини піхви, матки, малого таза;
- 9) пухлини, що перешкоджають природному розродженню;
- 10) тяжкі екстрагенітальні захворювання;
- 11) тяжка прееклампсія.

Підготовка до операції

Підготовка до операції передбачає заходи, необхідні для вагінальних операцій. Вагітну кладуть на операційний стіл у

положенні на спині із зігнутими в тазостегнових і колінних суглобах ногами. Спорожнюють сечовий міхур. Проводять дезінфекцію зовнішніх статевих органів, внутрішніх поверхонь стегон і передньої черевної стінки, живіт накривають стерильною пелюшкою. Руки акушера обробляють як для порожнинної операції. За допомогою зовнішніх прийомів і піхвового обстеження докладно вивчають положення, позицію, вид плода та стан родових шляхів.

У разі якщо навколоплідні води цілі, плодовий міхур розривають безпосередньо перед проведенням повороту. Комбінований поворот необхідно проводити під глибоким наркозом, який повинен забезпечити повноцінне розслаблення м'язів.

Техніка операції акушерського класичного повороту передбачає такі етапи (рис. 93):

- 1) введення руки в порожнину матки (рис. 93 а);
- 2) відшукування, вибір та захоплення ніжки (рис. 93 б);
- 3) власне поворот плода і витягання ніжки до підколінної ямки (рис. 93 в).

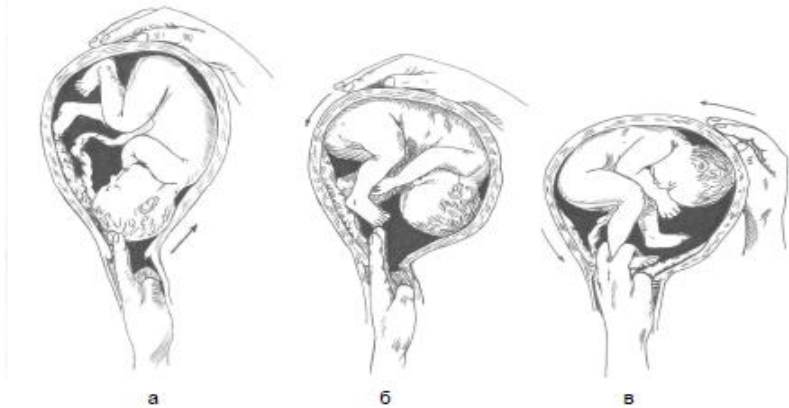


Рисунок 93 – Техніка операції акушерського класичного повороту: *а – введення руки в порожнину матки; б – відшукування, вибір та захоплення ніжки; в – власне поворот плода і витягання ніжки до підколінної ямки*

Після завершення повороту проводять вилучення плода за ніжку (рис. 94).



Рисунок 94 – Екстракція плода за ніжку

Акушерський поворот у разі поперечного положення плода (І позиція задній вид)

І етап. У матку вводять праву руку. Іншою рукою розводять статеву щілину. Складену внутрішню руку вводять у піхву в прямому розмірі виходу таза, потім легкими гвинтоподібними рухами руку переводять із прямого розміру в поперечний, одночасно просуваючись до внутрішнього зіву. Як тільки кисть внутрішньої руки повністю введена в піхву, зовнішню руку переміщують на дно матки.



Рисунок 95 – Перший етап акушерського повороту
в разі поперечного положення плода

II етап. Внутрішня рука акушера поступово сповзає по бічній поверхні тулуба плода до сідничної ділянки, далі – до стегна й гомілки. Після відшукання верхньої ніжки її захоплюють двома пальцями внутрішньої руки (вказівним і середнім) в ділянці щиколоток або всією кистю. Захопивши гомілку всією кистю, акушер розміщує витягнутий великий палець уздовж гомілкових м'язів таким чином, щоб він досягав підколінної ямки, а інші чотири пальці обхоплювали гомілку спереду.



Рисунок 96 – Другий етап акушерського повороту в разі поперечного положення плода

III етап. Виконують власне поворот, який здійснюють за допомогою зведення ніжки після її захоплення. Одночасно зовнішньою рукою голівку плода переміщують до дна матки. Тракції проводять у напрямку провідної осі таза. Поворот вважають закінченим, якщо зі статевої щілини виведена ніжка до колінного суглоба, і плід набув поздовжнього положення. Після повороту виконують вилучення плода за ніжку.



Рисунок 97 – Третій етап акушерського повороту в разі поперечного положення плода

Акушерський поворот у разі поперечного положення плода (I позиція передній вид)

I етап. У матку вводять ліву руку. Іншою рукою розводять статеву щілину. Складену внутрішню руку вводять у піхву в прямому розмірі виходу таза, потім легкими гвинтоподібними рухами руку переводять із прямого розміру в поперечний, одночасно просуваючись до внутрішнього зів'язу. Як тільки кисть внутрішньої руки повністю уведена в піхву, зовнішню руку переміщують на дно матки.



Рисунок 98 – Перший етап акушерського повороту
в разі поперечного положення плода

II етап. Внутрішня рука акушера поступово сповзає по бічній поверхні тулуба плода до сідничної ділянки, далі – до стегна і гомілки. Після відшукування нижньої ніжки її захоплюють двома пальцями внутрішньої руки (вказівним і середнім) в ділянці щиколоток або всією кистю. У разі захоплення гомілки всією кистю акушер розміщує витягнутий великий палець уздовж гомілкових м'язів таким чином, щоб він досягав підколінної ямки, а інші чотири пальці обхоплювали гомілку спереду.



Рисунок 99 – Другий етап акушерського повороту в разі поперечного положення плода

III етап. Виконують власне поворот, який здійснюють за допомогою зведення ніжки після її захоплення. Одночасно зовнішньою рукою голівку плода переміщують до дна матки. Тракції проводять у напрямку провідної осі таза. Поворот вважають закінченим, якщо зі статевої щілини виведена ніжка до колінного суглоба, і плід набув поздовжнього положення. Після цього виконують вилучення плода за ніжку.



Рисунок 100 – Третій етап акушерського повороту в разі поперечного положення плода

Акушерський поворот у разі поперечного положення плода (II позиція задній вид)

I етап. У матку вводять праву руку. Іншою рукою розводять статеву щілину. Складену внутрішню руку вводять у піхву в прямому розмірі виходу таза, потім легкими гвинтоподібними рухами руку переводять із прямого розміру в поперечний, одночасно просуваючись до внутрішнього зіву. Як тільки кисть внутрішньої руки повністю введена в піхву, зовнішню руку переміщують на дно матки.



Рисунок 101 – Перший етап акушерського повороту
в разі поперечного положення плода

II етап. Внутрішня рука акушера поступово сповзає по бічній поверхні тулуба плода до сідничної ділянки, далі – до стегна й гомілки. Після відшукування верхньої ніжки її захоплюють двома пальцями внутрішньої руки (вказівним і середнім) в ділянці щиколоток або всією кистю. У разі захоплення гомілки всією кистю акушер розміщує витягнутий великий палець уздовж гомілкових м'язів таким чином, щоб він досягав підколінної ямки, а інші чотири пальці обхоплювали гомілку спереду.



Рисунок 102 – Другий етап акушерського повороту в разі поперечного положення плода

III етап. Виконують власне поворот, який здійснюють за допомогою зведення ніжки після її захоплення. Одночасно зовнішньою рукою голівку плода переміщують до дна матки. Тракції проводять у напрямку провідної осі таза. Поворот вважають закінченим, якщо зі статевої щілини виведена ніжка до колінного суглоба, і плід набув поздовжнього положення. Після цього виконують вилучення плода за ніжку.

Акушерський поворот у разі поперечного положення плода (II позиція передній вид)

I етап. У матку вводять праву руку. Іншою рукою розводять статеву щілину. Складену внутрішню руку вводять у піхву в прямому розмірі виходу таза, потім легкими гвинтоподібними рухами руку переводять із прямого розміру в поперечний, одночасно просуваючись до внутрішнього зіву. Як тільки кисть внутрішньої руки повністю введена в піхву, зовнішню руку переміщують на дно матки.



Рисунок 103 – Перший етап акушерського повороту
в разі поперечного положення плода

II етап. Внутрішня рука акушера поступово сповзає по бічній поверхні тулуба плода до сідничної ділянки, далі – до стегна й гомілки. Після відшукання нижньої ніжки її захоплюють двома пальцями внутрішньої руки (вказівним і середнім) в ділянці щиколоток або всією кистю. У разі захоплення гомілки всією кистю акушер розміщує витягнутий великий палець уздовж гомілкових м'язів таким чином, щоб він досягав підколінної ямки, а інші чотири пальці обхоплювали гомілку спереду.



Рисунок 104 – Другий етап акушерського повороту в разі поперечного положення плода

III етап. Виконують власне поворот, який здійснюють за допомогою зведення ніжки після її захоплення. Одночасно зовнішньою рукою голівку плода переміщують до дна матки. Тракції проводять у напрямку провідної осі таза. Поворот вважають закінченим, якщо зі статевої щілини виведена ніжка до колінного суглоба, і плід набув поздовжнього положення. Після цього виконують вилучення плода за ніжку.

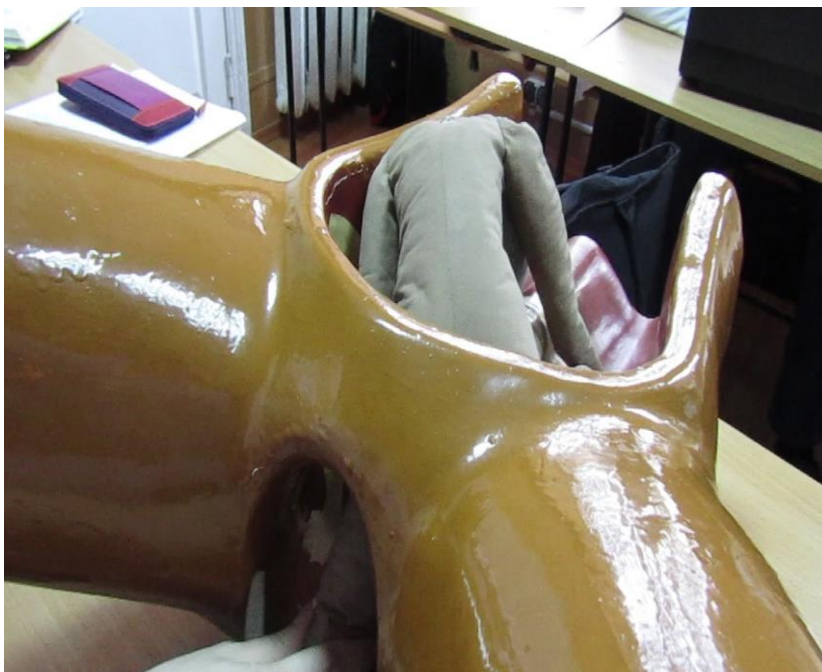


Рисунок 105 – Третій етап акушерського повороту в разі поперечного положення плода

Під час виконання акушерського повороту може виникнути ряд труднощів та ускладнень:

1. Ригідність м'яких тканин родового каналу, спазм маткового зіву, що усуваються застосуванням адекватного наркозу, спазмолітиків, епізіотомії.

2. Випадання ручки, виведення ручки замість ніжки. У цих випадках вправлення ручки є помилковим, на ручку надівають петлю, за допомогою якої ручку відсувають під час повороту вбік голівки.

3. Розрив матки є найнебезпечнішим ускладненням, що може виникнути під час повороту. Врахування протипоказань до виконання операції, обстеження роділлі (визначення висоти стояння контракційного кільця), застосування наркозу є необхідними для профілактики цього тяжкого ускладнення.

4. Випадання петлі пуповини після закінчення повороту потребує обов'язкового подальшого вилучення плода за ніжку.

5. Гостра гіпоксія плода, родова травма, інтранатальна загибель плода – це часті ускладнення внутрішнього акушерського повороту, що обумовлюють загалом несприятливий прогноз цієї операції для плода. У зв'язку з цим у сучасному акушерстві класичний зовнішньо-внутрішній поворот виконують рідко.

6. Інфекційні ускладнення, що можуть виникнути в післяпологовому періоді, також погіршують прогноз внутрішнього акушерського повороту.

У випадку запущеного поперечного положення мертвого плода пологи закінчують за допомогою плодоруйнівної операції – декапітації. Після класичного повороту плода на ніжку або після плодоруйнівної операції необхідно провести ручне обстеження цілісності стінок матки.

Внутрішній комбінований поворот плода в разі неповного розкриття маткового зів'а (ранній поворот – поворот за Брекстоном – Гіксом)

На відміну від класичного повороту внутрішній комбінований поворот плода проводять у разі неповного розкриття маткового зів'а, тому його називають раннім, або передчасним (рис. 106). Зрозумілим є те, що за незначного розкриття маткового зів'а неможливим є проникнення всієї руки в її порожнину. У цьому разі в матку можна ввести лише декілька пальців акушера, зазвичай лише два (двоперсневий поворот). Зрозуміло, що основною діючою рукою в цьому разі є та, яка знаходиться назовні. Називати поворот комбінованим не зовсім правильно, оскільки по суті й типовий (класичний) внутрішній поворот також є комбінованим, тому що беруть участь дві руки. Тому більш раціональним зберегти за цим поворотом назву раннього повороту.

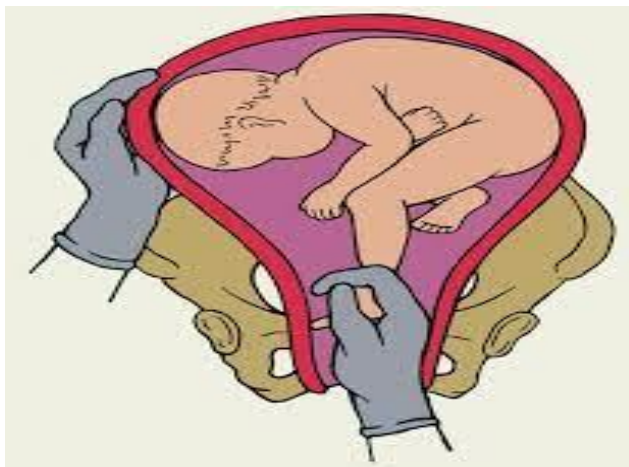


Рисунок 106 – Внутрішній комбінований поворот плода
в разі неповного розкриття маткового зів'а

Теоретично ранній поворот можна робити як на голівку, так і на ніжку. Практично його проводять лише на ніжку. Застосовують у виняткових випадках.

Показання до раннього повороту передлежання плаценти в разі недоношеного (нежиттєздатного) або мертвого плода.

Умови проведення:

1. Відкриття маткового зіву на 2,5–3 пальця.
2. Задовільна рухливість плода.

Підготовка до операції. Підготовка до операції звичайна для вагінальних операцій. Глибокий наркоз показаний для розслаблення матки і черевної стінки. Детально вивчають положення плода і стан пологових шляхів зовнішніми прийомами і вагінальним дослідженням. Лікар виконує операцію стоячи.

Техніка операції. Усю кисть руки вводять у піхву, після цього вказівний і середній пальці проникають у порожнину матки. Якщо плодовий міхур цілий, оболонки розривають корнцангом у межах маткового зіву. Якщо просвіт маткового зіву покритий ізсередини тканиною передлежачої плаценти (в разі центрального її передлежання), останню також проривають корнцангом. Після цього в порожнину матки через цей штучно створений отвір уводять два пальці. Зовнішня рука сильно натискає на тазовий кінець плода в напрямку до входу в таз. Сідниці плода наближають до пальців, що знаходяться в матці. Будь-яку ніжку захоплюють пальцями і зводять донизу. Захоплюють ніжку в ділянці гомілковостопного суглоба. У цей час зовнішню руку переміщують на голівку і відтісняють її догори – до дна матки.

Вивівши ніжку зі статевої щілини, на неї надягають петлю з марлевого бинта, до якого підвішують вантаж вагою 200 г.

Цей вантаж знімають після прорізування сідниць. Мета операції – притиснути передлежачу плаценту зведеною ніжкою і сідницями й припинити цим кровотечу. Тому вилучення плода після зробленого повороту суворо протипоказане, оскільки воно зазвичай спричиняє розрив нижнього сегмента матки і сильну кровотечу з плацентарної площадки, що погано скорочується.

Можливі ускладнення. Не завжди вдається захопити ніжку, а захоплена ніжка не завжди виводиться через зів. У такому випадку під контролем пальця підводять до ніжки марлеву петлю, а в разі мертвого плода кульовими щипцями захоплюють стопу, яку й зводять.

Результати. Матері загрожують кровотеча та інфекція, а іноді й розрив нижнього сегмента. Життєздатні плоди гинуть під час пологів. Тому в разі життєздатного плода вдаються до операції кесарева розтину. У сучасному акушерстві поворот за Брекстоном – Гіксом повністю витіснений операцією кесарева розтину.

РОЗДІЛ 11

Акушерські щипці

(Applicatio forcipes)

Акушерськими щипцями називають інструмент, призначений для вилучення живого доношеного плода за голівку. Акушерські щипці є лише тягнучим інструментом, але не ротаційним і не компресійним. Накладання акушерських щипців – це розроджувальна операція, за якої живий доношений плід витягують через природні пологові шляхи за допомогою акушерських щипців.

Частота застосування різних розроджувальних операцій у сучасному акушерстві значною мірою визначається з позиції перинатальної охорони плода. Необхідність застосування акушерських щипців у плановому порядку витісняється вибором планового кесарева розтину. У той самий час для швидкого закінчення другого періоду пологів операція накладання акушерських щипців є операцією вибору.

Акушерські щипці складаються з двох симетричних частин – гілок, що мають відмінності в будові лівої і правої частин замка. Одну з гілок, яку захоплюють лівою рукою і вводять у ліву половину таза, називають лівою гілкою. Іншу гілку – правою. У кожній гілці розрізняють три частини: ложку, елемент замка, рукоятку. Ложка є зігнутою пластиною, що має широкий виріз – вікно. Заокруглені краї ложок називають ребрами (верхнє й нижнє). Ложка має особливу форму, що продиктована формою й розмірами як голівки плода, так і

малого таза. Головна кривизна – це вигнутість ложок у фронтальній площині щипців, що відтворює форму голівки плода. Тазова кривизна – це вигнутість ложок у сагітальній площині щипців, що відповідає за формою крижовій западині і до певної міри провідній осі таза. Замок служить для з'єднання гілок щипців. Пристрій замків неоднаковий у різних моделях щипців. Відмінною характеристикою є ступінь рухомості гілок. Рукоятка служить для захоплення щипців і проведення тракцій. Вона має гладкі внутрішні поверхні, у зв'язку з цим у разі зімкнених гілок вони щільно прилягають одна до одної. Зовнішні поверхні частин рукоятки щипців мають рифлену поверхню, що попереджає ковзання рук хірурга під час проведення тракцій. У верхній частині зовнішньої поверхні рукоятки є бічні виступи, які називають гачками Буша. Під час проведення тракції вони є надійною опорою для руки хірурга.

Типи акушерських щипців:

1. а) російські (Лазаревича) – оснащені дуже рухомим замком, довгими ложками і не мають тазової кривизни;

б) англійські (Smellie) – оснащені досить рухомим замком, ложки мають тазову кривизну;

в) німецькі (Naegele) – мають обмежено рухомий замок;

г) французькі (Levret) – дуже довгі з нерухомих замком.

2. а) щипці Сімпсона в модифікації Феноменова – застосовують для тракцій у разі переднього виду потиличного передлежання;

б) щипці Тукер – Маклін – використовують для повороту із заднього виду потиличного до переднього виду потиличного передлежання і вилучення плода;

в) щипці Кілленда і Бартона – у разі поперечного розміщення стрілоподібного шва для повороту до переднього виду потиличного передлежання;

г) щипці Пайпера – призначені для вилучення голівки в разі сідничного передлежання.

В Україні частіше користуються щипцями Сімпсона – Феноменова. М. М. Феноменов удосконалив конструкцію щипців Сімпсона (Simpson), зробивши замок більш рухомим. Маса цієї моделі щипців становить близько 500 мг. Відстань між найбільш віддаленими точками головної кривизни ложок у разі замикання щипців становить 8 см, відстань між верхівками ложок – до 2,5 см.

Показання до накладання акушерських щипців із боку плода:

внутрішньоутробна гіпоксія плода, що розвинулася внаслідок різних причин у другому періоді пологів (передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, слабкість пологової діяльності, пізній гестоз, коротка пуповина, обвиття пуповини навколо шиї та ін.).

Показання до накладання акушерських щипців із боку матері:

А. Тяжка патологія вагітності

1. Слабкість пологової діяльності і/або слабкість потуг, які виявляються тривалим стоянням голівки плода в одній площині таза понад 2 години, за відсутності ефекту від застосування медикаментозних засобів. Тривале стояння голівки в одній площині малого таза призводить до підвищення ризику виникнення родового травматизму як плода (поєднання

механічних і гіпоксичних факторів), так і матері (сечостатевої й кишково-статевої нориці).

2. Передчасне відшарування плаценти, коли голівка плода знаходиться в порожнині малого таза.

3. Ендометрит під час пологів.

4. Тяжкий ступінь пізнього гестозу (тяжка прееклампсія або еклампсія).

5. Емболія навколоплідними водами (коли голівка знаходиться в порожнині малого таза або на тазовому дні).

Б. Тяжка екстрагенітальна патологія

1. Крововилив у мозок (інсульт).

2. Захворювання органів зору, що потребують припинення потуг (загроза або початок відшарування сітківки ока).

3. Декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи (стенокардія, інфаркт міокарда, гіпертонічний криз).

4. Гостра дихальна, печінкова, ниркова недостатність.

5. Тромбоемболія легеневої артерії.

6. Кровохаркання, набряк легенів та ін.

7. Гострі інфекційні захворювання.

8. Тяжкі форми нервово-психічних розладів.

9. Інтоксикація або отруєння.

Протипоказання до накладання акушерських щипців

1. Мертвий плід.
2. Недоношений (2 кг і менше) або гігантський плід.
3. Аномалії розвитку плода (гідроцефалія, аненцефалія, мікроцефалія та ін.).
4. Анатомічно вузький таз (2, 3 і 4-го ступенів).
5. Клінічно вузький таз.
6. Розгинальні вставлення голівки (передній вид передньоголового, лобного, лицевого передлежань).
7. Голівка плода над входом у малий таз притиснута, вставлена малим або великим сегментом у площину входу в малий таз.
8. Велика пологова пухлина на голівці плода.
9. Неповне розкриття маткового зів'я.

Умови для накладання акушерських щипців

1. Живий доношений плід без аномалій розвитку.
2. Повне розкриття маткового зів'я.
3. Відповідність розмірів голівки плода і таза матері.
4. Голівка повинна бути не надто маленькою (недоношений плід або аненцефалія) або не дуже великою (великий, гігантський плід або гідроцефалія).
5. Голівка повинна повністю пройти площину входу в малий таз.
6. Відсутність плодового міхура.

Підготовка до операції накладання акушерських щипців:

1. Спорожнити кишечник і сечовий міхур, розкрити плодовий міхур.
2. Провести зовнішнє і внутрішнє акушерські обстеження.
3. Обробити та дезінфікувати статеві органи жінки і руки акушера.
4. Провести пудендальну анестезію або загальний наркоз.
5. На стерильний столик покласти зімкнені щипці таким чином, щоб верхівки ложок були повернуті вгору. Гілки щипців роз'єднати (кожну відповідною рукою), ліву ложку покласти на лівий бік столика (або той, який ближче до оператора), а праву ложку – на правий.
6. Під час внутрішнього піхвового дослідження з'ясовують причину, що викликала затримку просування голівкипологовими шляхами.

Положення голівки плода щодо площин таза в разі потиличного передлежання

Зовнішнє визначення розміщення сагітального шва у порожнині таза (за М. С. Маліновським): пневмотехнічний прийом – склавши тупим кутом кисті рук долонями вгору, наближають кінчики пальців до виходу з малого таза. Після того як напрямок площини тієї чи іншої руки збігається із сагітальним швом, визначають напрямок останнього.

Внутрішнє визначення розміщення сагітального шва у порожнині таза (за Н. А. Цов'яновим): за горизонтальну лінію приймають поперечне розміщення стрілоподібного шва і залежно від того, до якого стегна породіллі нахилена ця лінія, визначають відповідний (правий або лівий) косий розмір розміщення сагітального шва голівки.

Таблиця 1

| Місце положення голівки плода | Дані акушерського дослідження (IV прийом) | Дані вагінального дослідження | Відповідність моменту біомеханізму пологів |
|---|---|--|---|
| Голівка плода великим сегментом у вході в малий таз | Над входом у малий таз пальпується менша частина голівки. Пальці рук того, хто досліджує, зближаються | Голівка прикриває верхню третину лобкового зчленування і крижів. Мис не можна досягти. Стрілоподібний шов розміщений в одному з косих розмірів | Поступальний рух голівки |
| Голівка плода в широкій частині порожнини малого таза | Над лоном пальпується незначна частина голівки | Дві третини внутрішньої поверхні лобкового зчленування і верхня половина крижової западини зайняті голівкою. Сідничні ості прощупуються. Стрілоподібний шов розміщений в одному з косих розмірів | Початок внутрішнього повороту голівки |

Продовження таблиці 1

| Місце положення голівки плода | Дані акушерського дослідження (IV прийом) | Дані вагінального дослідження | Відповідність моменту біомеханізму пологів |
|--|--|--|---|
| Голівка плода у вузькій частині порожнини малого таза | Над лоном голівка не визначається | Уся внутрішня поверхня лобкового зчленування і дві третини крижової западини зайняті голівкою. Сідничні ості досягаються через силу. Стрілоподібний шов розміщений в одному з косих розмірів ближче до прямого розміру | Внутрішній поворот голівки майже завершений |
| Голівка плода в площині виходу з малого таза (на тазовому дні) | Над лоном голівка не визначається | Крижова западина повністю заповнена голівкою. Сідничні ості не досягаються. Стрілоподібний шов розміщений у прямому розмірі виходу з таза | Внутрішній поворот голівки завершений повністю |

Труднощі під час накладання акушерських щипців та методи їх усунення

1. *Неможливість ввести пів руки в піхву.* Пов'язано з напруженням м'язів тазового дна і проходить після поглиблення стадії наркозу.

2. *Неможливість ввести пальці рук* досить глибоко в піхву жінки. Це може бути обумовлено тим, що маса плода перевищує 3 600 г, у такому випадку пальці руки потрібно вводити з боку крижової западини і лише після цього піднімати вгору.

3. *Неможливість ввести ложки акушерських щипців* досить глибоко. Це може виникати, якщо ложка потрапила в складку піхви, на її шляху виник виступ сідничної кістки, екзостоз у ділянці крижів або склепіння. У таких випадках пальці руки, що знаходиться в піхві, необхідно просунути далі, знайти перешкоду, обійти її і лише після цього просувати ложку щипців під контролем пальців.

4. *Ускладнене зімкнення щипців:*

– одна гілка щипців уведена в піхву глибше від іншої. Розміщену далі ложку необхідно потягти назад, щоб гачки Буша розмістилися на одному рівні. Не допускається введення іншої гілки глибше без контролю пальців, оскільки це може призвести до пошкодження стінок або склепіння піхви;

– ложки розміщені в різних площинах. Необхідно з'ясувати, яка гілка лежить правильно, ввести в протилежну частину піхви пів руки і під її контролем змінити положення іншої ложки;

– неправильне (зворотне) розміщення ложок щипців на голівці плода. Необхідно їх зняти і знову правильно накласти.

5. Щипці зімкнулися, проте рукоятки розходяться:

– за маси плода більше ніж 3 600 г, щоб уникнути патологічного стиснення голівки плода ложками і можливості регулювати пружну дію щипців, необхідно між рукоятками покласти серветку або мізинець лівої руки і пересувати їх до замка залежно від розмірів голівки;

– у разі розміщення ложок на голівці не біпаріетально, а косо або поперечно в передньо-задньому розмірі необхідно щипці розімкнути, витягнути спочатку праву, а потім ліву гілки і під контролем рук знову ввести обидві ложки щипців;

– ложки накладені недостатньо глибоко. Необхідно зняти, знову ввести і розмістити гілки щипців на необхідну глибину.

6. Відсутність або утруднене просування голівки пологовим каналом:

– неправильний напрямок тракції. Необхідно змінити напрямок вилучення голівки;

– гілки щипців уведені в піхву таким чином, що верхівки ложок були повернуті не вгору, а до крижової западини. Необхідно їх зняти і знову правильно накласти;

– відсутність відповідності між розмірами голівки плода і таза породіллі. Щипці необхідно зняти і виконати інший спосіб розродження.

7. Зісковзування щипців із голівки плода (горизонтальне й вертикальне):

– причини: дуже маленькі або дуже великі розміри голівки, неправильне накладення ложок. Причину з'ясовують під час піхвового дослідження;

– діагностика: рухомість ложок за нерухливої голівки, під час проведення пробної тракції відстань між замком щипців і голівкою плода збільшується;

– тактика: сильніше стиснення рукояток заборонене, оскільки призводить до серйозної травми плода і не запобігає зісковзуванню ложок. Необхідно припинити тракції, з'ясувати причину зісковзування і накласти щипці правильно.

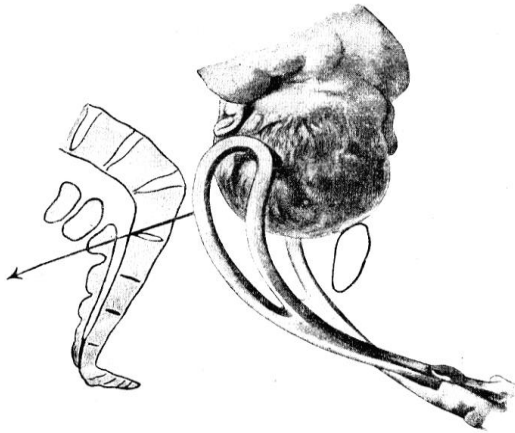


Рисунок 107 – Горизонтальне зісковзування щипців.
Голівка захоплена лише на задньому боці через лоб і потилицю
й нахилиється вперед

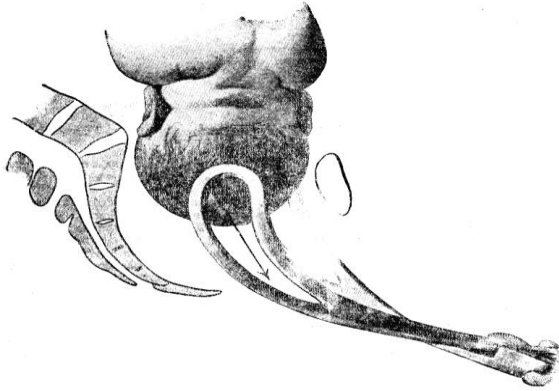


Рисунок 108 – Вертикальне зісковзування щипців.
Голівка захоплена через лоб і потилицю

Ускладнення під час накладання акушерських щипців

1. Пошкодження пологових шляхів породілля.
2. Розрив матки й утворення піхво-міхурової нориці.
3. Травма корінців сідничного нерва, що призводить до неможливості тильного згинання стопи (кінська стопа), в разі форсованого введення щипців і витягання плода.
4. Розрив лобкового зчленування.
5. Пошкодження шкіри, нервів, кісток, мозку плода.

Вихідні (типові) щипці

(Forceps minor)

Накладання вихідних (типових) щипців – це операція накладання акушерських щипців на голівку, розміщену стрілоподібним швом у прямому розмірі площини виходу малого таза, голівка здійснила внутрішній поворот. Щипці накладаються біпаріетально, тобто в поперечному розмірі виходу таза.

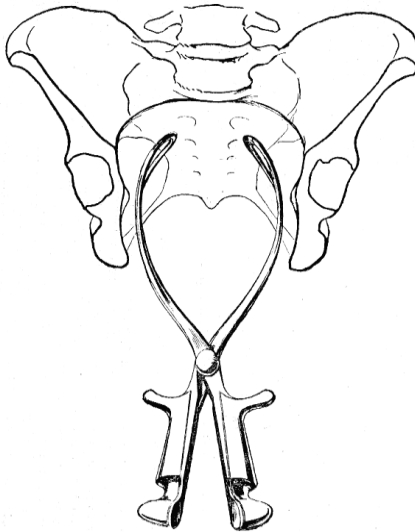


Рисунок 109 – Щипці в поперечному розмірі

Під час виконання операції застосовують три потрібних правила:

1. Перше потрібне правило (правило трьох «Л», трьох «П»): першою вводять ліву гілку щипців лівою рукою акушера в ліву половину таза, другою вводять праву гілку щипців правою рукою акушера в праву половину таза.

2. Друге потрібне правило (правило трьох «В»): вісь щипців, вісь голівки і вісь таза повинні збігатися.

3. Третє потрібне правило (три напрямки тракцій): вниз, горизонтально і вгору (на шкарпетки, груди та обличчя сидячого акушера).

Операція складається з чотирьох моментів:

1-й момент – вибір і введення ложок.

Чотири пальці правої руки вводять у піхву (за Дедерлейном), по бічній її стінці відгороджують м'які тканини матері. Відповідно до першого потрібного правила першою вводять ліву ложку акушерських щипців.

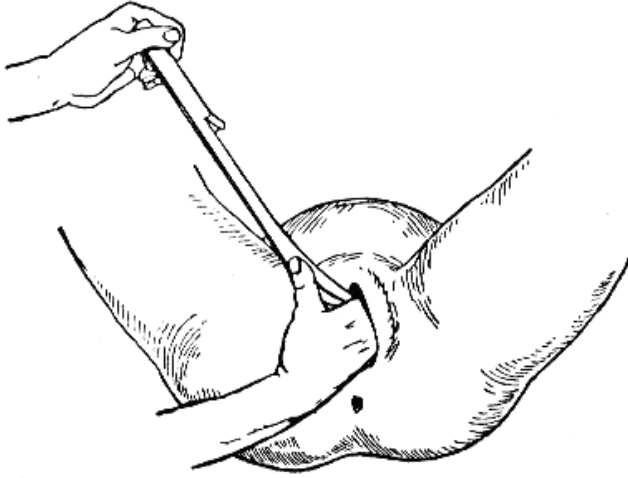


Рисунок 110 – Техніка накладання щипців на голівку плода:
введення лівої ложки

Лівою рукою беруть рукоятку щипців як писальне перо або смичок. Рукоятку лівої ложки встановлюють паралельно протилежному паховому згину. Верхівка ложки розміщена біля статевої щілини, нижнє ребро її – біля I пальця правої руки. Ложку вводять спрямуванням її одним I пальцем без зусилля.

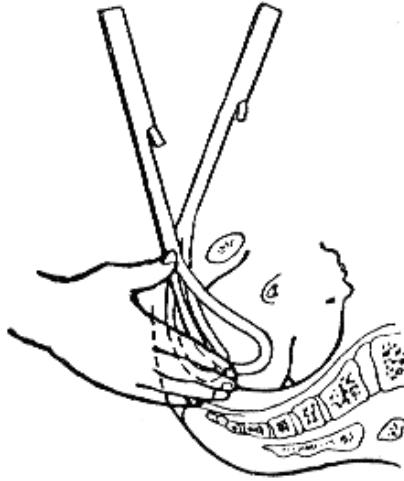


Рисунок 111 – Техніка накладання щипців на голівку:
введення лівої ложки

Про правильне розміщення ложки можна робити висновок із того, що гачок Буша розташований строго в поперечному розмірі таза. Рукоятку лівої ложки передають помічниківі. Так само вводять праву ложку і розміщують вище від лівої;

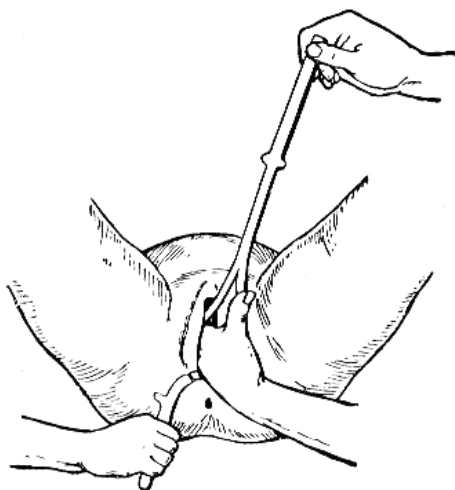


Рисунок 112 – Техніка накладання щипців на голівку:
введення правої ложки

2-й момент – *замикання ложок і пробна тракція.*

Кожну з рукояток беруть однойменної рукою, великі пальці розташовують на гачках Буша. Рукоятки зближають і щипці легко змикаються. Відповідно до другого потрійного правила в разі правильно накладених щипців збігаються три осі: вісь щипців, вісь голівки й провідна вісь таза. Лінія рукояток повернута до провідної точки на голівці.

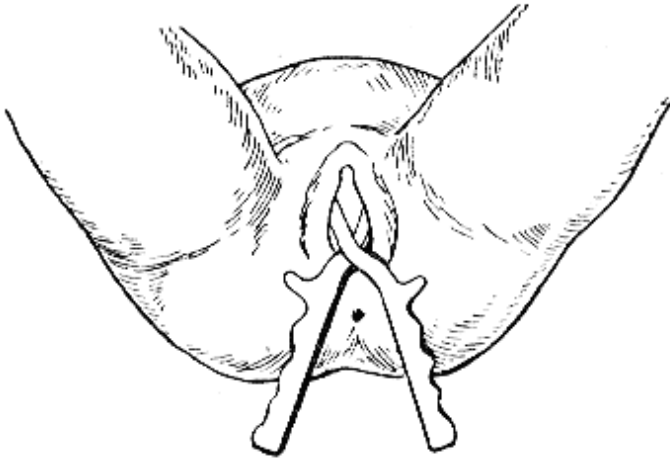


Рисунок 113 – Техніка накладення щипців на голівку:
замикання щипців

Пробну тракцію проводять для визначення правильності накладення щипців.

Техніка пробної тракції: праву руку кладуть зверху на замок щипців таким чином, щоб середній (3) палець був розміщений між ложками, вказівний (2) і безіменний (4) лягли на гачки Буша й тримали рукоятки щільно зімкненими. Ліву руку кладуть зверху на тильну поверхню правої руки таким чином, щоб великий палець охоплював її з одного боку, середній, безіменний і мізинець – з іншого боку, а витягнутий вказівний палець торкався голівки плода. Правою рукою обережно проводять тракцію (напрямок пробної тракції відповідає напрямку першої основної тракції: в разі вихідних щипців – горизонтально). Під час проведення пробної тракції

вказівний палець лівої руки контролює, чи рухається за щипцями голівка.

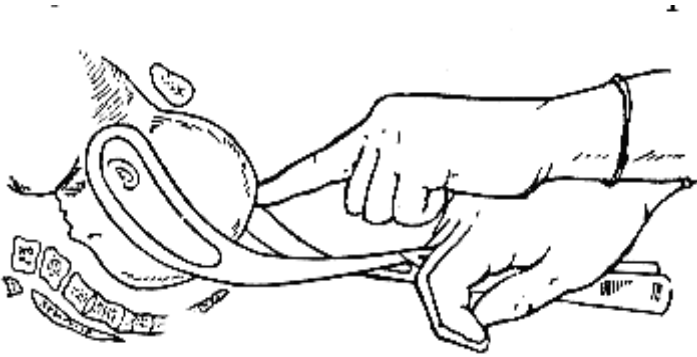


Рисунок 114 – Тракції в щипцях: пробна в разі вихідних щипців

Якщо відстань між голівкою і пальцем збільшується, то щипці накладені неправильно і зісковзують. Необхідно знову витягти ложки і накласти щипці повторно;

3-й момент – вилучення голівки (власне тракції).

Ліва рука охоплює рукоятки щипців знизу, права – залишається на місці. Основна сила тракцій розвивається правою рукою.

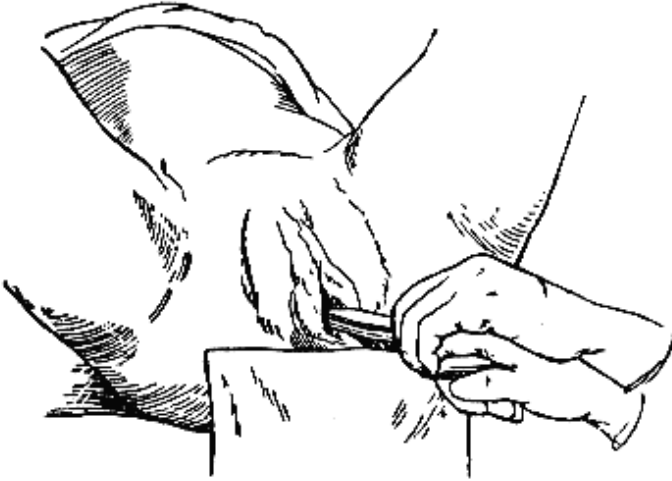


Рисунок 115 – Тракції в щипцях:
завершальна в разі вихідних щипців

Напрямок тракції залежить від висоти стояння голівки в тазу. Відповідно до третього потрійного правила існують три напрямки тракцій: вниз, горизонтально і вгору (на шкарпетки, груди та обличчя сидячого акушера). У разі вихідних щипців перші тракції спрямовують горизонтально до того часу, поки підпотилична ямка не опиниться під лонної дугою (утворюється точка фіксації). Потім акушер спрямовує тракції вгору.

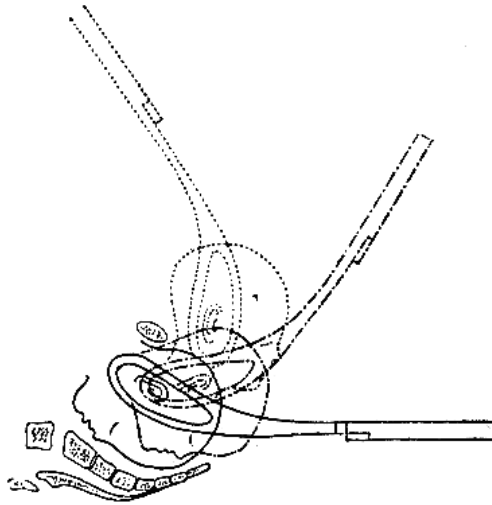


Рисунок 116 – Тракції в щипцях:
завершальна в разі вихідних щипців

У цьому разі акушер стає збоку від жінки, лівою рукою захоплює рукоятки щипців впоперек, а правою – проводить захист промежини.

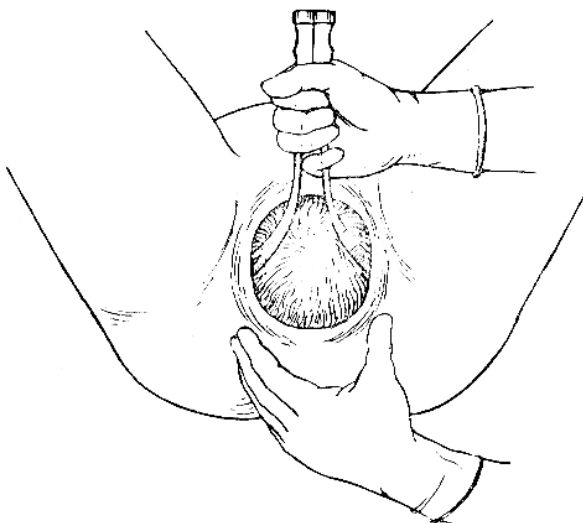


Рисунок 117 – Третій момент

Можна провести фіксацію гілок щипців двома руками акушера (за Н. А. Цов'яновим). Для цього вказівним і середнім пальцями обох рук захоплюють бічні поверхні обох рукояток таким чином, щоб між ними розміщувалися гачки Буша. Пальці переплітаються між собою і згинаються у вигляді гачків навколо рукояток. У цьому разі основні фаланги 2-го і 3-го пальців розміщують на зовнішніх поверхнях рукояток, середні фаланги тих самих пальців – на верхніх поверхнях, а нігтьові фаланги – на зовнішніх поверхнях протилежного боку рукояток щипців. Безіменні пальці, зігнуті у вигляді гачків, захоплюють бічні, верхні й внутрішні поверхні паралельних гілок щипців, що відходять від замка. М'якоть нігтьових фаланг розігнутих п'яти пальців просувають по верхній поверхні ложок якомога далі й ближче до голівки. Краще, якщо кінчики п'яти пальців доторкуються голівки. Великі пальці, розміщені під ручками, м'якоттю нігтьових фаланг упираються в середню третину

нижньої поверхні рукояток, залишаючи вільною її зовнішню третину;

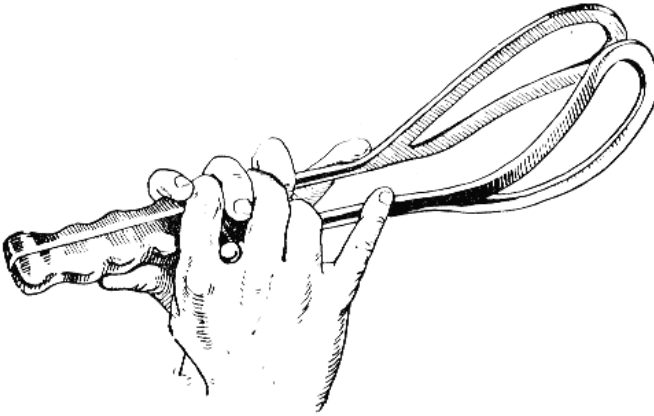


Рисунок 118 – Захоплення рукояток щипців за Н. А. Цов'яновим

4-й момент – розмикання ложок і зняття щипців.

Щипці знімають, після того як голівка знаходиться поза статевою щілиною. Для цього 2-й палець лівої руки вводять між рукоятками ложок, щипці розмикаються. Для зняття щипців кожну рукоятку беруть однойменною рукою і знімають їх у зворотному порядку: першою – праву ложку, в цьому разі рукоятку відводять до лівого пахового згину, другою – ліву ложку, її рукоятку відводять до правого пахового згину.

Народження тулуба проводять ручними прийомами.

Порожнинні (атипові) щипці

(Forceps major)

Порожнинні (атипові) щипці – це операція накладання акушерських щипців на голівку плода, що знаходиться в порожнині малого таза і ще не завершила внутрішній поворот. Сагітальний шов розміщений в одному з косих розмірів таза. У разі першої позиції переднього виду він знаходиться в правому косому розмірі порожнини таза. Щипці повинні бути накладені в протилежному косому розмірі, щоб розмістилися біпаріетально.

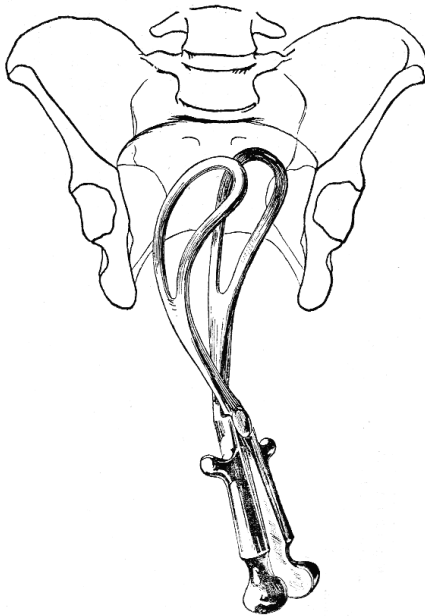


Рисунок 119 – Щипці в лівому косому розмірі

Операція складається з чотирьох моментів. Під час виконання операції застосовують 4 потрібних правила:

1. Перше потрібне правило (правило трьох «Л», трьох «П»): першою вводять ліву гілку щипців лівою рукою акушера в ліву половину таза, другою вводять праву гілку щипців правою рукою акушера в праву половину таза.

2. Друге потрібне правило (правило трьох «О»): вісь щипців, вісь головки і вісь таза повинні збігатися.

3. Третє потрібне правило (три напрямки тракцій): вниз, горизонтально і вгору (на шкарпетки, груди та обличчя сидячого акушера).

4. Четверте потрібне правило (три «зліва», три «справа»): якщо мале тім'ячко розміщене зліва, то щипці накладають у лівому косому розмірі і ліва ложка є фіксованою; якщо мале тім'ячко розміщене праворуч, то щипці накладають у правому косому розмірі і права ложка є фіксованою.

Техніка накладання складається з чотирьох моментів:

1-й момент – вибір і введення ложок.

Чотири пальці правої руки вводять у піхву (за Дедерлейном), по бічній її стінці відгороджують м'які тканини матері. Відповідно до першого потрібного правила першою вводять ліву ложку акушерських щипців. Лівою рукою беруть рукоятку щипців як писальне перо або смичок. Рукоятку лівої ложки встановлюють паралельно протилежному паховому згину. Верхівка ложки знаходиться в статевій щілині, нижнє ребро її – біля I пальця правої руки. Ложку вводять спрямуванням одним I пальцем без зусилля. Ліву ложку вводять в задньобочковий відділ таза і відповідно до четвертого

потрійного правила вона є фіксованою. У разі правильного накладення гачок Буша спрямований вправо уперед під кутом 45°. Рукоятку лівої ложки передають помічникові. Так само вводять праву ложку, але відповідно до четвертого потрійного правила вона є «блукаючою».

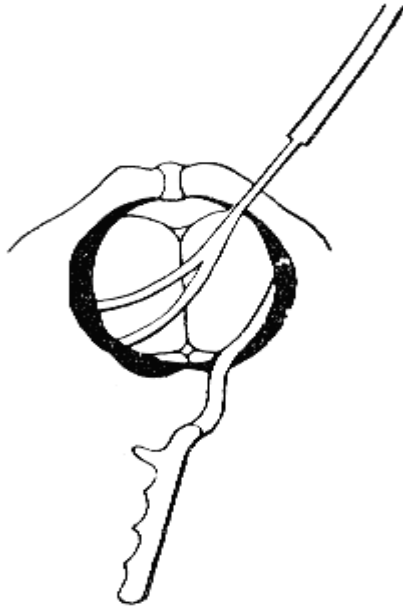


Рисунок 120 – Техніка накладання щипців на голівку плода:
введення правої ложки

Тому лівою рукою, введеною в піхву, праву ложку обережно переміщують уперед, поки вона не встановиться в ділянці тім'яного бугра, а гачок Буша буде повернутий уліво в кінці. Усі рухи «блукаючої» («рухомої», «мігруючої») ложки відбуваються поступово, без будь-якого зусилля;

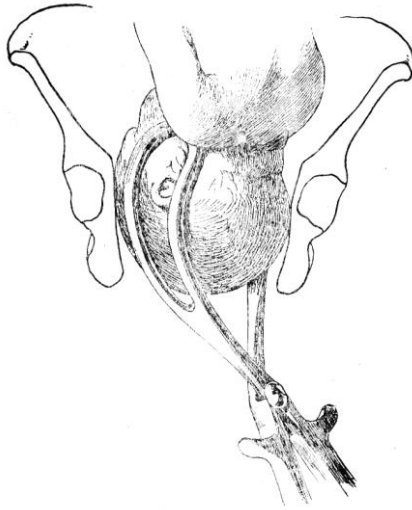


Рисунок 121 – Ліве потиличне положення.
Щипці в лівому косому розмірі таза, «блукаюча» права ложка

2-й момент – зімкнення ложок і пробна тракція.

Кожну з рукояток беруть однойменною рукою, великі пальці розміщують на гачках Буша. Рукоятки зближають і щипці легко змикаються. Відповідно до другого потрійного правила в разі правильно накладених щипців збігаються три осі: вісь щипців, вісь голівки й провідна вісь таза. Лінія рукояток повернута до провідної точці на голівці.



Рисунок 122 – Зімкнення щипців

Пробну тракцію проводять для визначення правильності накладення щипців.

Техніка пробної тракції: праву руку кладуть зверху на замок щипців таким чином, щоб середній (3) палець був розміщений між ложками, вказівний (2) і безіменний (4) лягли на гачки Буша й тримали рукоятки щільно зімкненими. Ліву руку кладуть зверху на тильну поверхню правої руки таким чином, щоб великий палець охоплював її з одного боку, середній, безіменний і мізинець – з іншого боку, а витягнутий вказівний палець торкався голівки плода. Правою рукою обережно проводять тракцію (напрямок пробної тракції відповідає напрямку першої основної тракції: в разі порожнинних щипців – вниз). Під час проведення пробної тракції вказівний палець лівої руки контролює, чи рухається за щипцями голівка. Якщо відстань між голівкою і пальцем

збільшується, то щипці накладені неправильно і зісковзують. Необхідно знову витягти ложки й накласти щипці повторно;

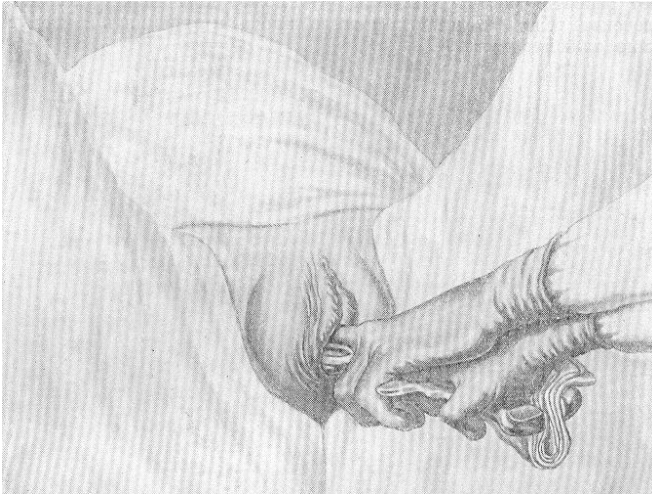


Рисунок 123 – Пробна тракція.
Розміщення щипців і рук оперуючого

3-й момент – вилучення голівки (власне тракції).

Ліва рука охоплює рукоятки щипців знизу, права – залишається на місці. Основна сила тракції розвивається правою рукою.

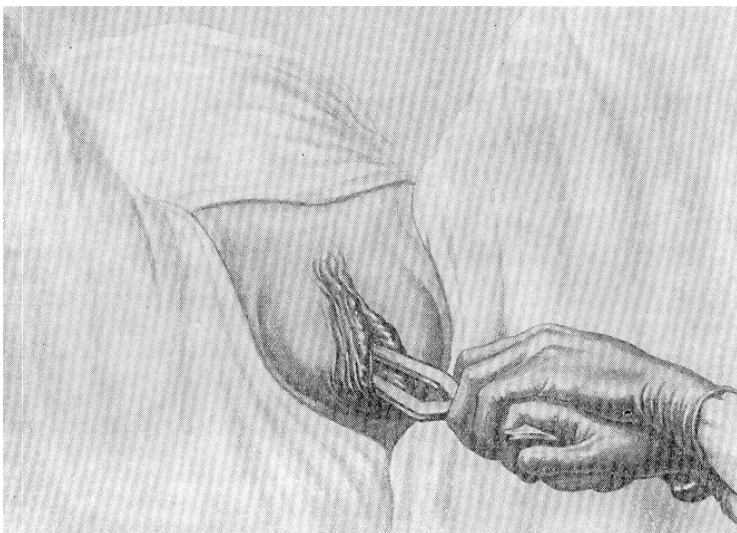


Рисунок 124 – Вилучення голівки

Напрямок тракції залежить від висоти стояння голівки в тазу. Відповідно до третього потрібного правила існують три напрямки тракцій: вниз, горизонтально і вгору (на шкарпетки, груди й обличчя сидячого акушера). У разі порожнинних щипців перші тракції спрямовують униз, у цьому разі голівка закінчує свій внутрішній поворот, і стрілоподібний шов встановлюється в прямому розмірі площини виходу з малого таза. Після цього проводять тракції горизонтально до того часу, поки підпотилична ямка не опиниться під лонної дугою (утворюється точка фіксації). Потім акушер спрямовує тракції вгору. У цьому разі акушер стає збоку від жінки, лівою рукою захоплює рукоятки щипців впоперек, а правою проводить захист промежини.

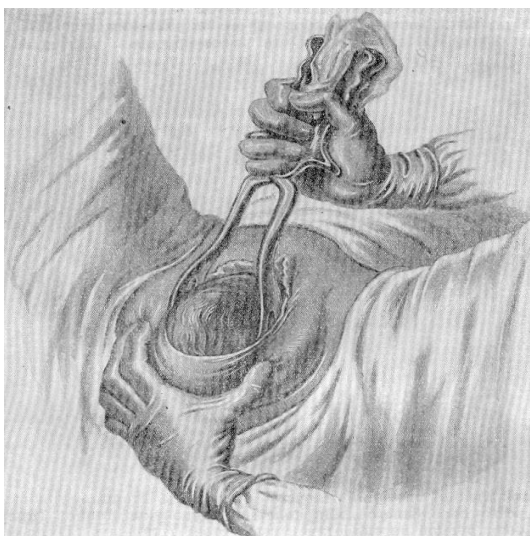


Рисунок 125 – Виведення голівки в щипцях

Можна провести фіксацію гілок щипців двома руками акушера (за Н. А. Цов'яновим). Для цього вказівним і середнім пальцями обох рук захоплюють бічні поверхні обох рукояток таким чином, щоб між ними були розміщені гачки Буша. Пальці переплітаються між собою і згинаються у вигляді гачків навколо рукояток. У цьому разі основні фаланги 2-го і 3-го пальців розміщуються на зовнішніх поверхнях рукояток, середні фаланги тих самих пальців – на верхніх поверхнях, а нігтьові фаланги – на зовнішніх поверхнях протилежного боку рукояток щипців. Безіменні пальці, зігнуті у вигляді гачків, захоплюють бічні, верхні й внутрішні поверхні паралельних гілок щипців, що відходять від замка. М'якоть нігтьових фаланг розігнутих п'яти пальців просувають по верхній поверхні ложок якомога далі й ближче до голівки. Краще, якщо кінчики п'яти пальців торкаються голівки. Великі пальці, що знаходяться під ручками, м'якоттю нігтьових фаланг впираються в середню третину

нижньої поверхні рукояток, залишаючи вільною її зовнішню третину;

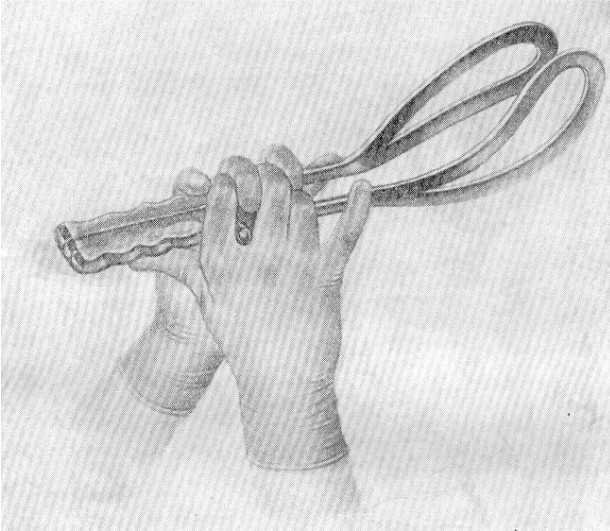


Рисунок 126 – Захоплення рукоятки щипців за Н. А. Цов'яновим

4-й момент – розмикання ложок і зняття щипців.

Щипці знімають, після того як голівка знаходиться поза статевою щілиною. Для цього два пальці лівої руки розміщують між рукоятками ложок, щипці розмикають і знімають (першою знімають праву ложку, другою – ліву ложку).

Народження тулуба проводять ручними прийомами.

РОЗДІЛ 12

Акушерські прийоми в разі затруднення виведення голівки під час кесарева розтину

Неодноразово у своїй практичній діяльності лікарі-гінекологи, які оперують, зіштовхуються з проблемою утрудненого виведення голівки під час операції кесарева розтину. Однією з причин є низьке стояння голівки стосовно площини входу в малий таз, що трапляється за активної пологової діяльності та розвитку ургентної ситуації під час пологів, що потребує екстреного оперативного розродження (дистрес плода, відшарування нормально розташованої плаценти, тяжка прееклампсія тощо).

Одним із таких прийомів, який дозволяє вийти із ситуації в разі утрудненого виведення голівки, є оригінальний прийом Патвардана, або так званий «shoulders first», що знижує частоту ускладнень.

Техніка прийому Патвардана в разі переднього виду потиличного передлежання:

1. Народження ближньої (передньої) ручки.
2. Народження дальньої (задньої) ручки.
3. Згинання і народження тулуба плода за допомогою тракції за тулуб при одночасному натисканні на дно матки асистентом.
4. Народження тазового кінця.
5. Народження голівки плода.

Послідовність виведення частин плода наведена на рисунках 127 та 128.



Рисунок 127 – Прийом Патвардана в разі переднього виду потиличного передлежання

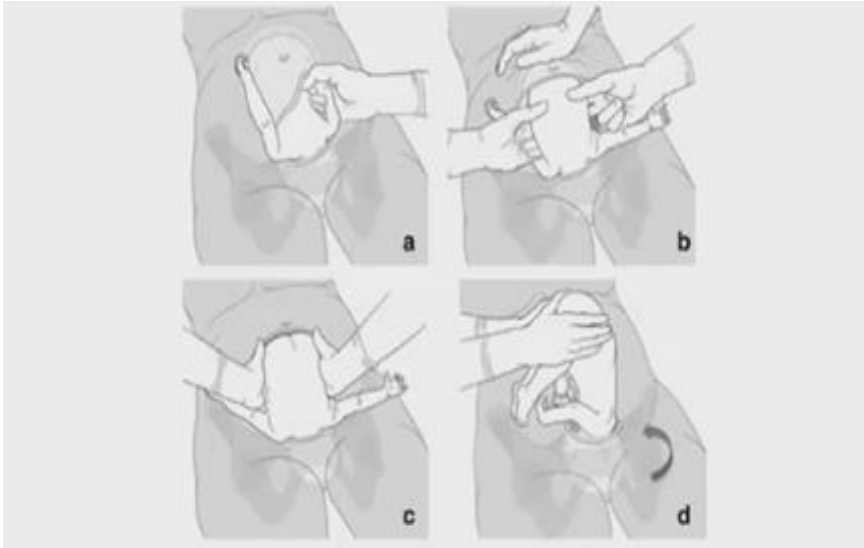


Рисунок 128 – Схема послідовних дій

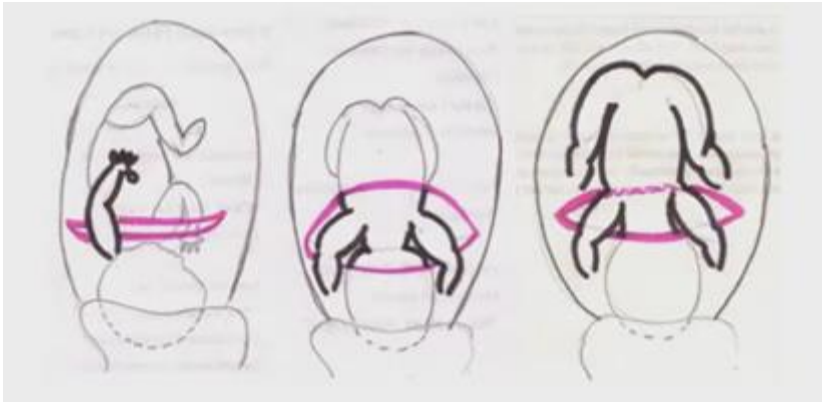


Рисунок 129 – Оригінальна схема Патвардана

У разі заднього виду потиличного передлежання застосовують модифікований прийом Патвардана, або зворотну екстракцію плода за тазовий кінець.

Техніка модифікованого прийому Патвардана, або зворотної екстракції плода за тазовий кінець (модифікація I):

1. Відшукування, захоплення оперуючим та народження обох ніжок плода.
2. Тракція за обидві ніжки з народженням тазового кінця і тулуба.
3. Народження ручок.
4. Народження голівки.

Послідовність виведення частин плода наведена на рисунку 130.

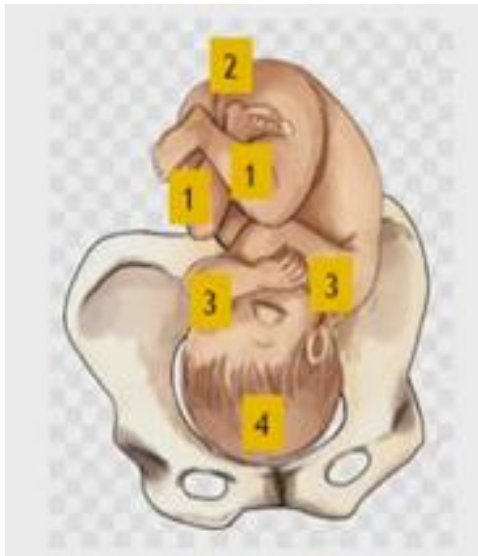


Рисунок 130 – Модифікований прийом Патвардана, або зворотна екстракція плода за тазовий кінець (I)

Техніка модифікованого прийому Патвардана, або зворотної екстракції плода за тазовий кінець (модифікація II):

1. Народження ближньої ручки.
2. Народження однойменної ближньої ніжки плода.
3. Народження другої ніжки плода.
4. Народження другої ручки.
5. Тракцією за ніжки народжуються тазовий кінець і тулуб.
6. Народження голівки.

Техніка II модифікації (послідовне вилучення частин плода по колу) зображена на рисунку 131 та на послідовній схемі рисунка 132.



Рисунок 131 – Модифікований прийом Патвардана, або зворотна екстракція плода за тазовий кінець (II)

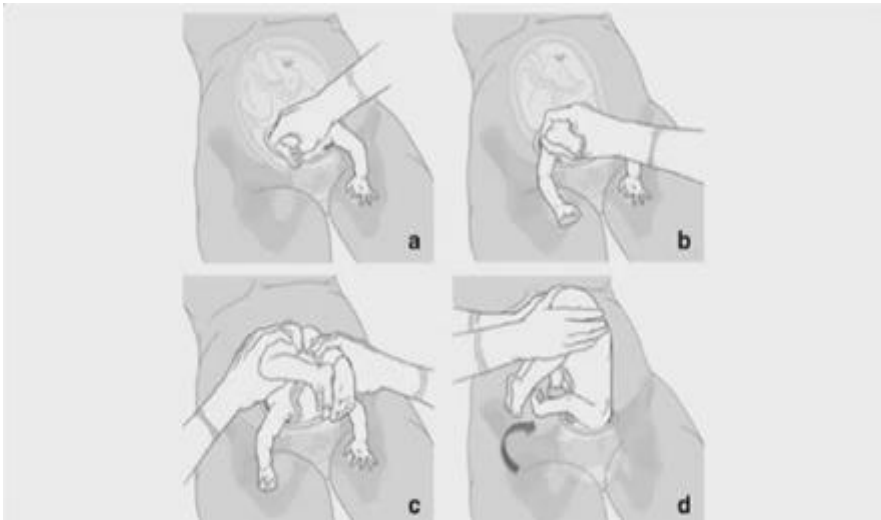


Рисунок 132 – Схема послідовних дій у разі застосування модифікованого прийому Патвардана

У разі виникнення труднощів щодо застосування вищеописаних прийомів рекомендовані такі дії:

- 1) релаксація матки нітрогліцерином;
- 2) J- або T-подібний розріз на матці (рис. 133);

3) попередньо в разі очікування ускладненого виведення плода може бути рекомендований корпоральний розріз на матці замість поперечного (рис. 134).



Рисунок 133 – J- або Т-подібний розріз на матці

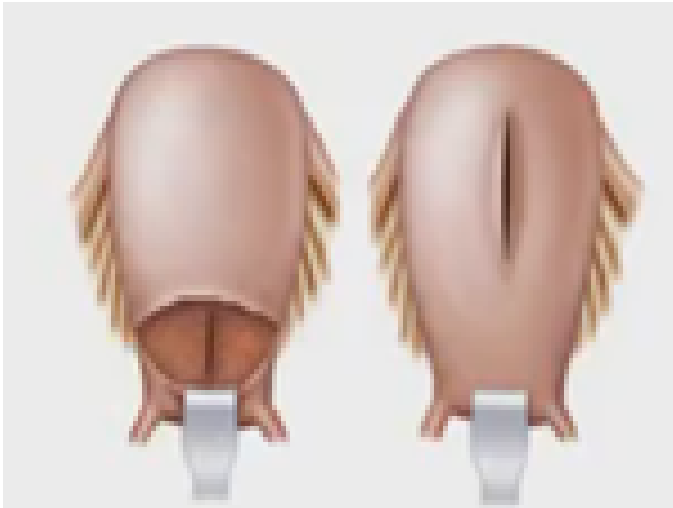


Рисунок 134 – Корпоральний розріз на матці

Висновки

1. Прийом Патвардана, або зворотна екстракція за тазовий кінець, заслугоує на особливу увагу практичних лікарів.
2. Застосовується як варіант вилучення плода в разі низькорозташованої голівки і затрудненого її виведення.
3. Запропоновані прийоми у 6–8 разів знижують ризик розривів матки в разі затрудненого вилучення плода.

Список літератури

1. Акушерство / за ред. акад. В. І. Грищенко. – Харків : Основа, 2000.
2. Запорожан В. М. Акушерська патологія: атлас : навч. посіб. / В. М. Запорожан, В. П. Міщенко. – Одеса : Одеський медичний університет, 2005. – 292 с.
3. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / М. Энкин и др. ; перевод с англ. – Санкт-Петербург : Петрополис, 2003.
4. Степанківська Г. К. Акушерство / Г. К. Степанківська, О. Т. Михайленко. – Київ : Здоров'я, 2000.
5. Савельева Г. М. Акушерство и гинекология / Г. М. Савельева ; перевод с англ. ; под ред. Г. М. Савельева, Л. Г. Сичинава. – Москва : ГЭОТАР Медицина, 1997. – 722 с.
6. Бодяжина В. И. Акушерство / В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенков. – Москва : Литера, 1995. – 496 с.
7. Бумм Э. Руководство к изучению акушерства / Э. Бумм. – Ленинград : Ленигиз ; Ленмедиздат, 1933. – 672 с.
8. Вольфсон С. И. Латино-русский медицинский словарь / С. И. Вольфсон. – Москва : Медгиз, 1957. – 424 с.
9. Жилиев Н. И. Акушерство. Фантомный курс / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев, В. В. Сопель. – Киев : Книга плюс, 2002. – 240 с.
10. Жордания И. Ф. Учебник акушерства / И. Ф. Жордания. – Москва : Медгиз, 1955. – 624 с.
11. Макаров Р. Р. Клинические лекции по избранным главам акушерства / Р. Р. Макаров, К. М. Фигурнов. – Ленинград : Медицина, 1965. – 296 с.
12. Малиновский М. С. Оперативное акушерство / М. С. Малиновский. – Москва : Медицина, 1967. – 617 с.

13. Руководство по акушерству и гинекологии : в 3 т. – Москва : Медицина, 1964. – Т. III, кн. 2. – 896 с.
14. Савельева Г. М. Акушерство / Г. М. Савельева. – Москва : Медицина, 2000. – 524 с.
15. Basevi V Routine perineal shaving on admission in labour / V. Basevi, T. Lavender // The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2007. – Issue 1.
16. Coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labour: a randomized controlled trial / Steven L. Bloom et al. // *Obstet Gynecol.* – 2002, Vol. 99, Issue 6. – P. 1031–1035.
17. Breastfeeding counseling : A training course. WHO/UNICEF, 1993.
18. Care in normal birth : A practical guide. Report of a technical working group. WHO, 1997.
19. Carolli G. Episiotomy for vaginal birth / G. Carolli, J. Belizan, G. Stamp // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2003. – Issue 4.
20. Cuervo L. G. Enemas during labour / L. G. Cuervo, M. N. Rodríguez, M. B. Delgado // *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2007. – Issue 1.
21. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO/EURO. – Copenhagen, 2002.
22. Essential newborn Care and Breastfeeding. WHO/EURO, 2002.
23. Gupta J. K. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia / J. K. Gupta, G. J. Hofmeyr, R. Smyth // *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2007. – Issue 1.
24. Continuous support for women during childbirth / E. D. Hodnett, S. Gates, G. J. Hofmeyr, C. Sakala // *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2004. – Issue 1.
25. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Joint statement

- management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. The Hague ICM. – London : FIGO, 2003.
26. Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth : A Randomized Trial / Leah L. Albers et al. // *Journal of Midwifery & Women's Health*. – 2005. – Vol. 51, Issue 5. – P. 365–372.
 27. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. – Geneva : WHO, 2000.
 28. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour / R. McCandlish et al. // *Br. J. Obstet Gynaecol.* – 1998. – Vol. 105, Issue 12. – P. 1262–1272.
 29. Perinatal outcome in relation to second-stage duration / S. M. Menticoglou et al. // *Am. J. Obstet Gynecol.* – 1995. – Vol. 173, Issue 3, Part 1. – P. 906–912.
 30. *Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries*. WHO, 1995.
 31. Muir Gray J. A. *Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions* / J. A. Muir Gray. – London : Churchill Livingstone, 1997.
 32. Neilson J. P. *Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review)* / J. P. Neilson // *The Reproductive Health Library*. – 2005. – Issue 8.
 33. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. WHO. – Geneva, 2006.
 34. Active versus expectant management in the third stage of labour / W. J. Prendiville et al. // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2000. – Issue 3.
 35. Prendiville W. J. *Active versus expectant management in the third stage of labour* / W. J. Prendiville, D. Elbourne, S. McDonald // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2007. – Issue 1.
 36. *Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings*. Joint Statement.

- International Confederation of Midwives (ICM) International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), 2006.
37. RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists The Use of Electronic Fetal Monitoring – The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance Evidence-based Clinical Guideline Number 8, 2001.
 38. Evidence based medicine: what it is and what it isn't / D. L. Sackett et al. // *BMJ*. – 1996. – Vol. 312. – P. 71–72.
 39. Continuous electronic heart rate monitoring for foetal assessment during labour / S. B. Thacker et al. // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2002. – Issue 1.
 40. What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe – Health Evidence Network report, 2005.

Навчальне видання

**Бойко Володимир Іванович,
Сухарєв Анатолій Борисович,
Нікітіна Ірина Миколаївна,
Калашник Наталія Володимирівна**

Акушерські прийоми

Навчальний посібник

За загальною редакцією
доктора медичних наук, професора В. І. Бойка

Редактори: Н. З. Клочко, С. М. Симоненко
Комп'ютерне верстання Л. Л. Стасюк

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 10,81. Обл.-вид. арк. 12,75.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.