

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

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

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

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Неправильні передлежання та вставлення голівки голівки плода</b> (код курсу 7.1)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 4 годин.

## I. Мета заняття

Пологи при розгинальних передлежаннях часто супроводжуються ускладненнями: внутрішньочерепними травмами, інтранатальною загибеллю плоду, слабкістю пологової діяльності, тяжким травматизмом матері (розрив матки, піхви, промежини), кровотечами в III та ранньому післяродовому періодах, інфекцією в родах і післяродовому періодах. Тому ретельне вивчення особливостей перебігу та проведення родів при розгинальних передлежаннях дуже актуальне і буде сприяти зниженню кількості ускладнень та покращанню стану здоров'я матері і дитини.

## II. Об'єм повторної інформації

1. Анатомічна будова жіночого таза та голівки новонародженого.
2. Розміри таза, площини таза, провідна вісь таза.
3. Поняття про сегменти голівки.
4. Визначення висоти стояння голівки.
5. Методи обстеження вагітних та роділь.
6. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.
7. Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів.
8. Знеболення під час пологів.

## III. Об'єм нової інформації

1. Ознаки розгинальних передлежань, що визначаються методами акушерського дослідження;
2. Назви та зміст моментів біомеханізму пологів, їх особливості;
3. Визначити обсяг та послідовність додаткових методів дослідження;
4. Принципи проведення пологів;
5. Види оперативних втручань;
6. Особливості формування розгинальних передлежань у юних першовагітних

## IV. Умови для проведення заняття

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

## Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Клінічний протокол з акушерської допомоги (Наказ МОЗ України № 977 від 27.12.2011 ).— Київ, 2012.— 16 с.
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

## V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Методами зовнішнього і внутрішнього акушерського		+	

	дослідження визначити розгинальні передлежання.			
2.	Продемонструвати на фантомі з лялькою моменти біомеханізму пологів.		+	
3.	Визначити об'єм оперативного втручання в залежності від виду розгинального передлежання		+	
4.	Виробити план ведення пологів.		+	
5.	Скласти індивідуальну схему додаткових методів дослідження для діагностики розгинальних передлежань		+	

## VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

### *Питання*

1. Причини виникнення розгинальних передлежань.
2. Класифікація розгинальних передлежань.
3. Діагностика розгинальних передлежань.
4. Біомеханізм пологів при передньоголовному передлежанні.
5. Біомеханізм пологів при лобному передлежанні.
6. Біомеханізм пологів при лицьовому передлежанні.
7. Ведення пологів при розгинальних передлежаннях.

### *Завдання для самостійної роботи по темі заняття*

1. При об'єктивному дослідженні виявити ознаки, що характерні для розгинальних передлежань;
2. Використовуючи методи зовнішнього акушерського дослідження продемонструвати на фантомі з лялькою моменти біомеханізму родів при розгинальних передлежаннях;
3. Скласти індивідуальну схему додаткових методів обстеження;
4. Виробити план проведення родів у жінок з розгинальними передлежаннями;
5. Висвітлити роль вітчизняних вчених у розробці принципів проведення пологів при розгинальних передлежаннях.

### *Тестові завдання*

1. Пологи п'яті. Родова діяльність - перейми по 35-40 сек. через 3-4 хв. Положення плоду поздовжнє, передлежить голівка малим сегментом у вході в малий таз. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 132-140/хв, Вагінально: шийка матки згладжена, розкриття 8 см. Плідний міхур відсутній. Передлежить голівка на II площині малого тазу, справа допереду визначається перенісся і надбрівні дуги. Який імовірний діагноз?

**A** \* Перший період пологів, лобне передлежання

**B** Перший період пологів, лицеве передлежання

**C** Другий період пологів, лобне передлежання

**D** Перший період пологів, сідничне передлежання

**E** Перший період родів, передньоголовне передлежання

2. Вагітна в терміні 40 тижнів з активною родовою діяльністю. При зовнішньому акушерському дослідженні виявлено поздовжнє положення плоду, 1 позиція, задній вид, головне передлежання. Серцебиття плоду ясне, ритмічне до 140 уд/хв. При вагінальному дослідженні шийка матки сгладжена, відкриття 6 см, передлежить голівка, визначається

корінь носа і надбровні дуги ближче до лона, позаду передній кут великого тім'ячка. Яка подальша тактика ведення пологів?

- A** \*Кесарський розтин в ургентному порядку.
- B** Роди продовжувати через природні пологові шляхи.
- C** Родостимуляція введенням окситоцину.
- D** Плродоруйнівна операція.
- E** Кесарський розтин при виникненні інших ускладнень в пологах

3. Першовагітна 32 років доставлена в стаціонар в 38 тижнів з пологовою діяльністю, яка триває 4 год. На приймальному покої відійшли навколоплідні води. Положення плоду поперечне, передлегла частина не визначається. Серцебиття плоду 136/хв. Піхвинно – цервікальний канал пропускає 2 п/п, плідний міхур відсутній, підтікають світлі навколоплідні води. Яка подальша тактика ведення пологів?

- A** \*Кесарський розтин.
- B** Пологопідсилення.
- C** Вичікувальна тактика.
- D** Зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку.
- E** Зовнішній поворот плода.

4. Першородяча 36 років. Загальний стан матері і плода задовільний. Родова діяльність активна. Безводний період 2 год. Передлежача частина не визначається. Вагінально: шийка матки зглажена, відкриття 4 см, визначаються дрібні частини плода – ручка. Який метод родорозрішення?

- A** \* Кесарів розтин
- B** Внутрішній поворот плода за ніжку
- C** Поворот за Брекстон-Гіксом
- D** Плродоруйнівна операція
- E** Роди вести консервативно

5. Вагітна госпіталізована у пологове відділення у першому періоді пологів. Положення плода поперечне. В піхві визначається ручка плода серцебиття плода не прослуховується. Що робити?

- A** \*Декапітація
- B** Кесарський розтин
- C** Ведення пологів природніми пологовими шляхами.
- D** Введення спазмолітиків
- E** Перфорація голівки

6. У пологовий будинок із району області доставлена породілля, у якої встановлене за давнине поперечне положення плоду. Пологи тривають 28 годин. Серцебиття плода не прослуховується. Температура тіла 38,6°C. Який спосіб розродження можливий у даній ситуації?

- A** \*Декапітація плода.
- B** Поворот плода на ніжку.
- C** Кесарів розтин.
- D** Краніотомія.
- E** Консервативне ведення пологів

#### **Ситуаційні задачі :**

1. Першонароджуюча, 23 роки. Розміри тазу 25, 28, 31, 21 см. Пологі термінові, тривають 8 годин, почався II період, потуги доброї сили. Голівка плоду малим сегментом при вході в малий таз. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки повне, плідного міхура

немає, стріловидний шов у правому косому розмірі. Пальпується мале (справа) і велике (зліва) тім'ячка, які знаходяться на одному рівні.

Діагноз? Тактика лікаря.

2. Повторнороділля, 26 років. Розміри тазу 26, 29, 31, 20 см. Передбачувана маса плоду 4000,0 г. Пологи тривають 8 годин. Пологова діяльність активна. Передлежить голівка притиснута до входу в малий таз. при піхвовому дослідженні: розкриття шийки матки 8 см. Плідний міхур цілий. Визначаються надбровні дуги, лобний шов, передній край великого тім'ячка.

Діагноз? Тактика лікаря.

3. Роділля 28 років. вагітність I, пологи I. Пологи тривають 30 годин, навколоплідні води відійшли 6 годин тому. Розміри тазу 24, 27, 30, 20 см. Положення плоду поздовжнє, передлежить голівка. Перейми сильні, часті. Серцебиття плоду не прослуховується. При піхвовому дослідженні розкриття шийки матки повне, пальпується лобний шов.

Діагноз? Тактика лікаря.

*Еталони відповідей:*

1. Пологи перші, термінові. Положення плоду поздовжнє, передньоголовне передлежання. II період пологів.

Пологи вести чести через природні статеві шляхи. Стежити за станом плоду, відповідністю розмірів голівки і тазу.

2. Пологи II, своєчасні. Положення плоду поздовжнє, лобне передлежання, кінець першого періоду.

Кесарів розтин.

3. Вагітність I, пологи I. Положення плода поздовжнє, лобне передлежання. II період пологів. Інтранатальна загибель плоду.

- Плодоруйнівна операція. Краніотомія.

## **VII. Методичні матеріали до практичного заняття**

### **Лобне передлежання**

Лобне передлежання - підвид лицьового передлежання; це нестійка форма (рис. 88). Виникає воно протягом родового акту, коли головка, йдучи вперед чолом, затримується в цьому стані, так як підборіддя не може опуститися внаслідок тих чи інших причин. Причини виникнення лобного передлежання ті ж, що і переднеголовного і лицьового. Усунення цих причин може привести до зміни лобного передлежання, якщо голівка знаходиться ще у вході в таз і навколоплідні води не відійшли. При відходженні вод і вставленні голівки великим сегментом остання фіксується остаточно в лобному передлежанні. Вставитися у лобному передлежанні може не тільки великий величини головка. У літературі є вказівки, що і мала величина плоду може сприяти встановленню головки в лобному передлежанні. Невеликий величини головка вступаючи чолом, опускається в таз і не зустрічає умов, що сприяють її згинання, як це спостерігається і при пологах двійнею. Пологи в лобному передлежанні характеризуються затяжним перебігом. Загальна тривалість пологів у середньому у первісток складає 24 год 51 хв, а у повторнородящих - 13 год 17 хв. При фізіологічних пологах у потиличному передлежанні середня тривалість у первородящій 11 год 54 хв і у повторнородящих - 9 год 34 хв (Ст. Ст. Єрмаков, 1954). Тільки в тих випадках, коли плід малих розмірів або пологи наступають передчасно, тривалість пологів при лобному передлежанні наближається до норми. Своєрідність **біомеханізма пологів** і затяжний перебіг несприятливо позначаються на стані матері та плода (див. рис. 93 і 98).

Головка вступає в таз і опускається в його порожнину лобовим швом в поперечному розмірі або при опусканні лобовий шов переходить з поперечного розміру в косий, причому «крила носа» прямують до симфізу. Як тільки верхня щелепа (точка фіксації) упреться в нижній край лона,

починається згинання голівки та народження її до потиличного бугра. При цьому відбувається надмірне напруження тканин промежини, так як голівка при лобному передлежанні повинна пройти через таз окружністю, відповідної щелепно-потиличному її розміром (*planum maxillo-occipitale*) і дорівнює 35 див.

Головка витягується в напрямку малого косоного розміру. Коли здається потиличний бугор (друга точка фіксації), головка починає розгинатися) причому звільняються верхня і нижня щелепи (рис. 89). Родова пухлина утворюється рано, зазвичай досягає великої величини, займає весь лоб і поширюється в одну сторону до очей і в іншу до великого тім'ячка. Перебіг пологів у передньому виді лобного передлежання ще менш сприятливо. Цей варіант лобного передлежання зустрічається дуже рідко; точкою фіксації є велике тім'ячко і кут між підборіддям і шиєю.



Рис. 88. Лобне передлежання. Голівка опускається в порожнину тазу.



Рис. 89. Лобне передлежання. Прорізування голівки.

Частота лобових предлежаний невелика. За даними С. П. Виридарського, лобне передлежання зустрілося у 0,13%, Д. С. Чапін - на 0,1%, С. С. Холмогорова - 0,08%, В. П. Михайлова - 0,11%, З. Л. Філіппова - 0,06%, Н. В. Яковлева та О. Шевельової - 0,05%, Н. Іванова - 0,04%, Ст. Ст. Єрмакова - 0,026%.

Лобне передлежання зустрічається переважно у повторнородящих у віці 20-30 років. Частота лобових предлежаний зростає при звуження тазу; за даними нашої клініки, звуження тазу спостерігалось у 21,1% лобових предлежаний.

Прогноз. Якщо лицьові предлежання в більшості випадків не викликають несприятливих наслідків ні для матері, ні для плоду, то лобне передлежання, навпаки, загрожує небезпекою обом. Це залежить, як вже згадувалося, від несприятливого вставлення голівки та її проходження через родовий канал площиною найбільшого розміру.

Внаслідок несприятливого вставлення голівки і уповільненої просування по родовому каналу можливі різні ускладнення, як-то: розриви матки і промежини, нориці та ін. За даними Д. С. Чапін, кількість розривів досягає 25%, а за даними С. С. Холмогорова - 60%.

Захворюваність і смертність після пологів в лобному передлежанні досить високі (за С. С. Холмогорову - 2,9%, за Ст. Ст. Єрмакову - 4,9%).

Пологи при лобному передлежанні несприятливі не тільки для матері, але і для плоду. Часті і сильні перейми викликають порушення плацентарного кровообігу, що може спричинити асфіксію і смерть плода. Мертвонароджуваність за С. С. Холмогорову становить 46,5%, за Ст. Ст. Єрмакову - 20,4%.

Можливість виникнення вказаних ускладнень вимагає від лікаря пильності при веденні пологів та застосування відповідних профілактичних і терапевтичних заходів.

Розпізнавання лобного передлежання на підставі зовнішнього дослідження неможливо, так як відхилення потилиці до спинки не настільки різко виражена, як при особовому передлежанні. Діагноз ґрунтується виключно на даних піхвового дослідження. Якщо прощупується лоб з його швом як найнижча опустилася частина головки і ясно відчуваються з одного боку перенісся і надбрівні дуги, а з іншого - передній кут великого тім'ячка, то, безсумнівно, є лобне передлежання. Ні рота, ні підборіддя при дослідженні не досягаються.

У сумнівних випадках дослідження проводиться під наркозом всією рукою.

Характерна також форма голівки новонародженого (рис. 90).

## Лицьове передлежання

Лише в невеликому числі випадків лицьове передлежання може бути первинним, якщо воно визначається до початку пологів (вроджений зуб, пухлини на шиї плода); найчастіше до початку пологів голівка мало розігнута і простирається чолом. Тому лицьове передлежання частіше буває вторинним, тобто виникає з лобного, зазвичай після відходження навколоплідних вод, при добре вираженій пологової діяльності.

**Біомеханізм пологів.** При особовому передлежанні в перший момент замість звичайного згинання голівки відбувається її розгинання; четвертий момент прорізування - здійснюється за допомогою згинання, а не розгинання, як це спостерігається при потиличному передлежанні (табл. 28).

Просування голівки по родовому каналу представляється в наступному вигляді: у вхід у таз голівка вставляється діаметром, що займає середнє положення між підборіддя-потиличним і підборіддя-тім'яним; цей розмір дорівнює 12,5 см і зазвичай розташовується в поперечному розмірі входу в таз; підборіддя (провідна точка) знаходиться праворуч або ліворуч. Лицьова лінія проходить в поперечному розмірі. Підборіддя і велике тім'ячко стоять на однаковій висоті (або підборіддя варто трохи вище). Лоб як частину голівки, що лежить глибше, менш доступний для дослідження, ніж підборіддя. Після розриву плодового міхура розгинання голівки максимально збільшується, підборіддя опускається нижче, ніж великий джерельце. З цього моменту лицьове передлежання цілком встановлюється; у вході в таз голівка фіксується більш зручним діаметром - підборіддя-тім'яним, що дорівнює 10 - 10,8 див. У цьому положенні особа опускається в порожнину малого тазу. Щека, звернена до передній стінці таза, при дослідженні досягається легше, ніж звернена до крижовій западині. На половині обличчя, звернена кпереди, утворюється набряк, який нерідко ускладнює дослідження. Таким чином, перший момент полягає в розгинанні голівки, а другий - в просуванні її у вхід тазу, тобто головка поступово опускається в порожнину тазу, використовуючи крижову ротацію, і досягає його дна.

Як тільки головка досягне дна тазу, починається внутрішній поворот її, який обумовлений тими ж факторами, які визначають біомеханізм пологів при потиличних передлежанні. Внутрішній поворот особи полягає в тому, що провідна точка - підборіддя - переходить у прямий розмір порожнини тазу і виявляється під лонним зчленуванням. Це обертання закінчується у виході тазу. У рідкісних випадках внутрішній поворот завершується вже під час прорізування. При цьому особа опускається до тих пір, поки проріжеться підборіддя, а кут між нижньою щелепою і шиєю плода підійде під нижній край симфізу.

Таким чином, точка фіксації знаходиться між нижньою щелепою і шиєю плода, тобто в області під'язикової кістки (рис. 91).



Рис. 91. Лицьове передлежання. Прорізування голівки.



Рис. 92. Лицьове передлежання. Передній вид (підборіддя звернений до заду).

З моменту підходу підборіддя під лонную дугу починає прорізування личка і звільнення голівки. Спочатку з-під лонної дуги прорізується підборіддя. Після звільнення під борідка передня поверхня шиї впирається в лонную дугу? слідом за цим починається згинання голівки, під час якого послідовно народжуються лоб, тім'я і потилиця.

Прорізування голівки відбувається коло, що проходить через під'язикову кістку і тім'я (*circumferentia sublingulo-parietalis*), що дорівнює 34,7 див. Внутрішній поворот тулуба і зовнішній; поворот голівки відбувається так само, як і при потиличному передлежанні. Відхилення в біомеханізмі пологів можливі протягом будь-якого моменту. З одного боку, може затриматися розгинання голівки, що викличе уповільнення і навіть припинення її поступального руху; з іншого боку, може порушитися процес внутрішнього повороту голівки: підборіддя або залишається у вихідній точки, або повертається назад - до крижів (рис. 92), або не доходить до лонного зчленування. Перші дві аномалії вкрай несприятливі; пологи у більшості випадків припиняються, і матері, і плоду загрожує небезпека. При третій аномалії пологи іноді (досить рідко) закінчуються самостійно.

Особові передлежання виявляються в 0,25% (1 випадок на 400) пологів і переважно у повторнородящих. При цьому первинне лицьове передлежання спостерігається у 34% випадків, а вторинне - у 13% випадків, виникаючи з лобного, передлежання (Р. Я. Молчанова).



В залежності від положення спинки плода, розрізняють I або II позицію; частота їх майже однакова. Проте має значення не стільки позиція, а те, куди в порожнині тазу повернеться провідна точка (підборіддя), так як самовільні пологи, як вже говорилося, можливі лише за умови повороту підборіддя вперед - до лона (задній вид лицевого передлежання).

**Розпізнавання.** Діагноз може бути поставлений на підставі Дослідження зовнішнього, так як голівка знаходиться у стані сильного розгинання, в силу чого між спинкою і потилицею плода утворюється як би глибоке вдавлення. Груди плода розташована ближче до стінки матки, ніж спинка. Тому і серцеві тони плода ясніше вислуховуються з боку грудки плода.

Піхвове дослідження значно полегшує постановку діагнозу. Якщо прощупується з одного боку підборіддя, а з іншого - корінь носа і надбрівні дуги, причому на лицьовій лінії знаходиться рот і лоб плода, то наявність лицьового передлежання безсумнівно.

**Прогноз.** Якщо прогноз пологів при лобному передлежанні несприятливий, то цього не можна сказати щодо лицьового передлежання. Мимовільне розродження відбувається в 95,7% і оперативне втручання потрібно лише у 4,3% (В. І. Яковлев і О. Шевельова).

Смертності матерів на нашому матеріалі (94 випадку особових предлежаний) не спостерігалось. Розрив промежини був у 20%.

Прогноз для плода також порівняно сприятливо, але процент мертвонароджень вище, ніж при потиличному передлежанні. У виникненні лицьового передлежання, так само як і в смерті плода, велику роль відіграє обвиття пуповини навколо шиї плода. За нашими спостереженнями, довжина пуповини більше 50 см при особових передлежанні була у 47% випадків.

Строго вичікувальне ведення пологів при особовому передлежанні різко знижує кількість мертвонароджень; несвоєчасне оперативне втручання (накладання щипців, спроби виправлення передлежання), безсумнівно, сприяє зростанню відсотка смертності.

Форма черепа у дитини, народженої в особовому передлежанні, представляється кулястою (рис. 93); родова пухлина зазвичай розташовується на підборідді, губах і очах.



Рис. 93. Форма голівки новонародженого, народженого в особовому передлежанні.

При I особовому передлежанні вона буває більше виражена на правій, а при II - на лівій половині обличчя. До родової пухлини приєднуються значні крововиливи, особливо на століттях і губах, які сильно спотворюють обличчя дитини. Родова пухлина нерідко захоплює також мову і дно порожнини рота, внаслідок чого новонароджені в перші дні дуже часто погано смокчуть.

- [Ведення пологів](#)



Рис. 90. Форма голівки новонародженого, народженого в лобному передлежанні.

Ведення пологів. При лобному передлежанні пологи закінчуються мимовільно лише в 53% випадків; у 47% доводиться вдаватися до оперативного розродження. З оперативних методів розродження найчастіше застосовується кесарів розтин або накладення акушерських щипців, рідше - поворот на ніжки з подальшим витяганням плода і вкрай рідко - [краніотомія](#) (перфорація, ексцеребрація) і краниоклазія.

За даними С. С. Холмогорова, число акушерських втручань при лобному передлежанні досягає 78,72%. За матеріалами В. П. Михайлова, оперативне розродження при лобових передлежанні застосовується в 76-93% випадків. Таким чином, активне втручання при лобному передлежанні доводиться застосовувати значно частіше, ніж при особовому. Незважаючи на сумнівний прогноз при консервативно-вичікувальній тактиці ведення пологів, ми все ж вважаємо її доцільною, так як лобне передлежання нестійкий - він виникає протягом пологів і нерідко мимовільно усувається. За даними В. о. Єрмакова, в половині випадків пологів при лобному передлежанні спостерігається перехід його в обличчя і рідше - в потиличний передлежання. В окремих випадках можливі спроби до виправлення рукою лобного передлежання шляхом переведення його в обличчя, як, наприклад, радить Р. А. Соловйов, або потиличний (С. С. Холмогоров). При цьому необхідно пам'ятати, що виправлення лобного передлежання можливо тільки на початку пологів і при живому плоді, коли лоб не встиг щільно фіксується у вході в таз і відсутня різко виражена ступінь деформації головки, виключається розтягнення нижнього сегмента матки і є достатня ступінь розкриття зіву. Спроби до виправлення лобного передлежання при великих ступенях звуження тазу не повинні проводитися.

Залежно від поставленого завдання - перевести лобне передлежання в обличчя або, навпаки, в потиличний - виробляються відповідні рухи пальцем, введеним в рот плода.

Зовнішня рука сприяє виконанню даної маніпуляції. Наше ставлення до цього методу досить стримане. При широкому тазі і середньої величини плоду лобові передлежання не представляють небезпеки для матері, і тільки перші два періоди пологів при цих умовах значно уповільнюються.

Оперативне розродження показано лише там, де природне розродження неможливо; показання до оперативного втручання можуть виникнути не тільки з боку матері, але і з боку плода. Вибір методу розродження повинен сообразуватися з особливостями випадку (див. пологи при особовому передлежанні), при лобному передлежанні відповідно до наявних показань і умов застосовуються: накладення щипців, поворот плода на ніжку з подальшим його витяганням, операція кесаревого розтину і перфорація голівки плода подальше краниоклазією. Так, поворот плода на ніжку припустимо в тих випадках, коли не є просторового невідповідності між величиною головки і розмірами тазу, при повному відкритті зіву і рухливості плода. Поворот не проводиться у випадках, коли на матці є рубець після колишньої операції кесаревого розтину, при плоді великого розміру.

## КЛАСИФІКАЦІЯ

I - передньо-головне передлежання.

II - лобне передлежання.

III - лицеве передлежання.

Біомеханізм родів при передньо-головному передлежанні складається з 5 моментів:

I момент - помірне розгинання голівки. Виконуючи поступові рухи, голівка робить помірне розгинання, внаслідок чого вступає в таз прямим розміром = 12 см (коло = 34 см), велике тім'ячко є провідною точкою.

II момент - внутрішній поворот голівки. На тазовому дні голівка у стані помірного розгинання виконує внутрішній поворот - у виході тазу сагітальний шов знаходиться в прямому розмірі. Передня частина голівки повернута вперед; під лонним суглобом знаходиться велике тім'ячко, потилиця звернута до копчика.

III момент - згинання голівки. I - ю точкою фіксації є надперенісся, з статевої щілини першим показується тім'я, потім над промежиною викочується потилиця.

IV момент - розгинання голівки. II-ю точкою фіксації є потиличний пагорб, ще впирається в передню поверхню копчика, з під лона, народжується лоб, рот, підборіддя. Голівка прорізується прямим розміром, потилицею до заду.

V момент - внутрішній поворот плечей та зовнішній поворот голівки. Родова пухлина розміщується в області тім'я. Особливості конфігурації голівки.

Біомеханізм родів при лобному передлежанні.

При звичайних розмірах тазу і доношеному плоді роди неможливі, так як голівка вставляється своїм великим косим розміром = 13.

(коло - 38-42 см). Біомеханізм родів складається з 5 моментів.

I момент - розгинання голівки до II ступеню. Голівка довго затримується у верхньому відділі тазу, витягується лобом у вигляді клину. Цим досягається деяка відповідність між голівкою та родовим каналом, голівка доходить до тазового дна.

II момент внутрішній поворот голівки. Голівка стає у виході тазу лобним швом у прямому розмірі, а верхня щелепа притискається до нижнього краю лонного з'єднання, де утворюється I точка фіксації.

III момент максимальне згинання голівки. Голівка згинається, над промежиною викочуються тім'я та потилиця.

IV момент - розгинання голівки. Народжується рот та підборіддя.

II точка фіксації - потиличний пагорб. Голівка прорізується верхньощелпно-тім'ячковим розміром = 12,5 см (коло - 35-37 см).

V момент - внутрішній поворот плечей та зовнішній поворот голівки. Родова пухлина розміщена на лобі від надперенісся до великого тім'ячка. Особливості конфігурації голівки.

Біомеханізм родів при лицевому передлежанні.

I момент - розгинання голівки. В поперечному або в одному з косих розмірів входу в таз стає лицева лінія. По мірі просування голівки з широкої частини порожнини малого тазу до вузької розгинання стає максимальним. Підборіддя стає провідною точкою. Голівка проходить через родовий канал вертикальним розміром = 9,5 см (коло - 32 см).

II момент - внутрішній поворот голівки. Лицева лінія у виході стає в прямому розмірі, підборіддя звернуто вперед і виходить із статевої щілини, голівка стає великим сегментом у виході, упираючись під'язичною областю в нижній край лонного з'єднання (I точка фіксації).

III момент - згинання голівки.

IV момент - внутрішній поворот плечей та зовнішній поворот голівки. Висвітлюється питання, чому неможливі роди в лицевому передлежанні, коли підборіддя звернуто до заду. Демонструється голівка при лицевому передлежанні (муляж).

Патологічні стояння голівки.

Високе пряме та низьке поперечне стояння сагітального шва.

Високе пряме стояння сагітального шва. Розрізняють передній та задній види. Етіологія різна (вузький таз, широкий таз, малі розміри голівки, змінення розмірів голіки, змінення форми тазу, стрімке відходження вод, функціональна недостатність нижнього сегменту матки).

В діагностиці цієї патології має значення визначення за допомогою 3 прийому Леопольда малих розмірів голівки ( голівка вузька) в поєднанні з позитивною ознакою Вастена, а також дані піхвового дослідження (сагітальний шов розміщений в прямому розмірі входу в таз). Самовільні роди відбуваються лише у 25%, у інших випадках роди закінчуються оперативним шляхом. Ускладнення- нориці, інфекції, внутрішньочерепна травма плода.

Біомеханізм родів при передньому виді високого стояння сагітального шва складається з 3 моментів: максимального згинання, розгинання, та внутрішнього повороту плечей і зовнішнього повороту голівки. Конфігурація голівки своєрідна, вона витягується доліхоцефалічно, зплющується в лобно-потиличному розмірі і розширюється в поперечному. Склепіння черепа робиться плоским.

При задньому виді прогноз родів ще більше несприятливий. Голівка ще більше конфігурує і сплющується.

#### **Проведення родів.**

В більшості випадків високе пряме стояння голівки усувається самостійно - сагітальний шов виконує поворот у косий розмір, і роди перебігають фізіологічно. Якщо ж високе пряме стояння перетворилось у високе пряме вставлення, показано оперативне закінчення родів: при живому плоді - кесарський розтин, при мертвому - краніотомія.

Низьке поперечне стояння сагітального шва. При цій патології відсутній II момент біомеханізму родів - внутрішній поворот. В результаті голівка залишається сагітальним швом у поперечному розмірі вихода з тазу.

**Етіологія:** вузький (плоский) таз, широкий таз, малі розміри голівки, випадання ручки плода поруч з голівкою. Прогноз родів при низькому поперечному стоянні як для матері, так і для плода, завжди сумнівний. Якщо не відбувається поворот плода на тазовому дні - роди неможливі.

У випадку ускладнень при живому плоді роди закінчуються шляхом операції акушерських щипців(атипових), на мертвому плоді – краніотомія.

### **VIII. Основна література для опрацювання**

1. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
2. Оперативное акушерство: Руководство для врачей / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев. – К.: Гидромакс, 2004. – 468 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
4. Жилиев Н.И. Оперативное акушерство / Н.И. Жилиев, Н.Н. Жилиев. — Киев: Гидромакс, 2004. — 468 с.
5. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.

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

**13.01.2015**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 8 від 03.02. 2015 року**

**Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р.**