

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ  
ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА**

***Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів***

Затверджено  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 2 від 19.02.2015.

**Харків  
ХНМУ  
2015**

Неправильні положення та передлежання плода : метод. вказ. для самост. роботи студентів / упор. М. О. Щербина, І. Ю. Кузьміна, І. Ю. Плахотна. – Харків : ХНМУ, 2015. – 20 с.

Упорядники            М. О. Щербина  
                                  І. Ю. Кузьміна  
                                  І. Ю. Плахотна

**Модуль 1.** Фізіологічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду.

**Змістовий модуль 2.** Перинатологія. Фактори ризику перинатального періоду.

Тема заняття. **Неправильні положення та передлежання плода.**

Кількість годин – 2.

**Матеріальне та методичне забезпечення теми**

**Засоби навчання:** банк тестових завдань, фантоми, таблиці, дані УЗД; клінічний розбір вагітних або породіль з неправильними положеннями або передлежаннями плода, за відсутності таких вагітних вивчення історій пологів.

**Устаткування:** методичні вказівки.

**Місце проведення:** навчальна кімната, приймальне відділення акушерського стаціонару, палата акушерського відділення.

**Обґрунтування теми.** Неправильні положення та передлежання плода є патологією, яка становить загрозу життю матері й плода, оскільки пологи через природні статеві шляхи неможливі. Ця обставина обумовлює необхідність вивчення етіології вказаної патології, методів діагностики, лікування та вибору методів розродження і профілактики.

**Мета заняття. Загальна** – знати причини, що призводять до аномалії положення плода, неправильних вставлень голівки плода, уміти діагностувати дану патологію, обирати раціональну тактику та метод розродження.

**Конкретні цілі:**

1. За даними зовнішнього та внутрішнього акушерського досліджень діагностувати різні типи неправильних положень и вставлень голівки плода, ставити попередній діагноз.

2. Планувати тактику ведення вагітності.

3. Визначати метод розродження та показання до оперативного завершення пологів.

4. Відтворювати на фантомі біомеханізм пологів при розгинальних передлежаннях голівки плода.

5. Вирішувати ситуаційні завдання з даної теми.

**Студент повинен знати:**

1. Будову і розміри великого і малого таза жінки.

2. Будову черепа голівки доношеної дитини, розміри голівки.

3. Поняття про великий і малий сегмент голівки плода.

4. Біомеханізм пологів, основні точки фіксації.

5. Періоди пологів, біомеханізм пологів при передньому і задньому вигляді потиличного передлежання.

**Студент повинен уміти:**

1. Скласти план ведення вагітності та пологів при неправильних положеннях та передлежаннях плода.

2. Сформулювати показання та протипоказання та умови для проведення акушерських поворотів (зовнішнього та класичного)

**Практичні навички:**

1. Відпрацювати прийоми зовнішнього акушерського дослідження.

2. Відпрацювати основні етапи операції класичного зовнішньовнутрішнього повороту плода та витягання плода за ніжку на фантомі.

3. Обстеження вагітних з аномаліями положення та передлежання плода.

**Тести для контролю початкового рівня знань**

1. Яким розміром вступає голівка плода при лицевому передлежанні?

- A. Малим косим. C. Вертикальним. E. Прямим.  
B. Середнім косим. D. Великим косим.*

2. Що є провідною точкою при передньоголовному передлежанні?

- A. Мале тім'ячко. D. Підборіддя.  
B. Велике тім'ячко. E. Лоб.  
C. Середина між великим і малим тім'ячком.*

3. Чим фіксується голівка плода під нижнім краєм симфізу при її згинанні при лицевому передлежанні?

- A. Верхньою щелепою. D. Потилічним горбом.  
B. Потилічною ямкою. E. Під'язиковою кісткою.  
C. Переніссям.*

4. Що народжується першим при передньоголовному передлежанні?

- A. Лоб. C. Ніс. E. Потилиця.  
B. Перенісся. D. Велике тім'ячко.*

5. Яким розміром прорізується голівка плода при передньоголовному передлежанні?

- A. Прямим. C. Середнім косим. E. Вертикальним.  
B. Малим косим. D. Великим косим.*

6. Прямий розмір голівки плода – це відстань від:

- A. Потилічної ямки до середини великого тім'ячка.  
B. Найвіддаленіших точок вінцевого шва.  
C. Потилічного горба до перенісся.  
D. Потилічного горба до підборіддя.  
E. Потилічної ямки до межі волосистої частини голови.*

7. Що є провідною точкою при лицевому передлежанні?

- A. Велике тім'ячко, горб. D. Лоб.  
B. Мале тім'ячко. E. Підборіддя.  
C. Середина відстані між великим і малим тім'ячком.*

8. Чим фіксується голівка плода під нижнім краєм симфізу у разі її згинання при передньоголовному передлежанні?

- A. Потилничним горбом.*
- B. Потилочною ямкою.*
- C. Під'язиковою кісткою.*
- D. Верхньою щелепою.*
- E. Надпереніссям.*

9. Яким розміром прорізується голівка при лобовому передлежанні?

- A. Середнім косим.*
- B. Вертикальним.*
- C. Прямим.*
- D. Великим косим.*
- E. Малим косим.*

10. Вертикальний розмір голівки плода становить:

- A. 9,5 см.*
- B. 11 см.*
- C. 8 см.*
- D. 12 см.*
- E. 13 см.*

11. Які фактори спричиняють виникнення неправильних положень тіла плода?

- A. Пухлини матки.*
- B. Імунологічна несумісність крові вагітної і плода.*
- C. Передлежання плаценти.*
- D. Загроза переривання вагітності.*
- E. Маловоддя.*
- F. Вади розвитку матки.*

12. Які ознаки при зовнішньому акушерському дослідженні свідчатимуть про поперечне положення плода?

- A. Над входом у малий таз визначається м'яка велика частина, що не балотує.*
- B. Відсутність передлежачої частини.*
- C. Висота стояння дна матки не відповідає передбачуваному терміну вагітності – нижча.*
- D. Висота стояння дна матки не відповідає передбачуваному терміну вагітності – вища.*
- E. Серцебиття плода вислуховується ліворуч вище пупка.*
- F. Серцебиття плода вислуховується в ділянці пупка.*

13. Які ускладнення виникають при проведенні пологів через природні пологові шляхи при поперечному положенні плода?

- A. Передчасне вилиття навколоплідних вод.*
- B. Запізніле вилиття навколоплідних вод.*
- C. Первинна слабкість пологової діяльності.*
- D. Випадіння петель пуповини.*
- E. Загроза розриву матки.*
- F. Стрімкі пологи.*

14. Які ознаки свідчать про за давнене поперечне положення плода?

- A. Плід втратив рухливість.*
- B. Плече стоїть глибоко і нерухомо, ручка набрякла і синюшна.*
- C. Загроза розриву матки.*
- D. Усе перераховане.*

15. Після народження першого плода в головному передлежанні через цілий плодовий міхур другого плода промацуються його бік, лопатка, пахвова ямка. Що слід зробити у такій ситуації?

A. Виконати кесарів розтин.

B. Здійснити амніотомію і комбінований зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку з подальшим його витягненням.

C. Продовжити пологи через природні пологові шляхи.

16. При веденні пологів через природні пологові шляхи виникло задавнене поперечне положення плода. Серцебиття плода не прослуховується. Визначте подальшу тактику ведення пологів.

A. Виконати деканітацію.

C. Здійснити краніотомію.

B. Виконати кесарів розтин.

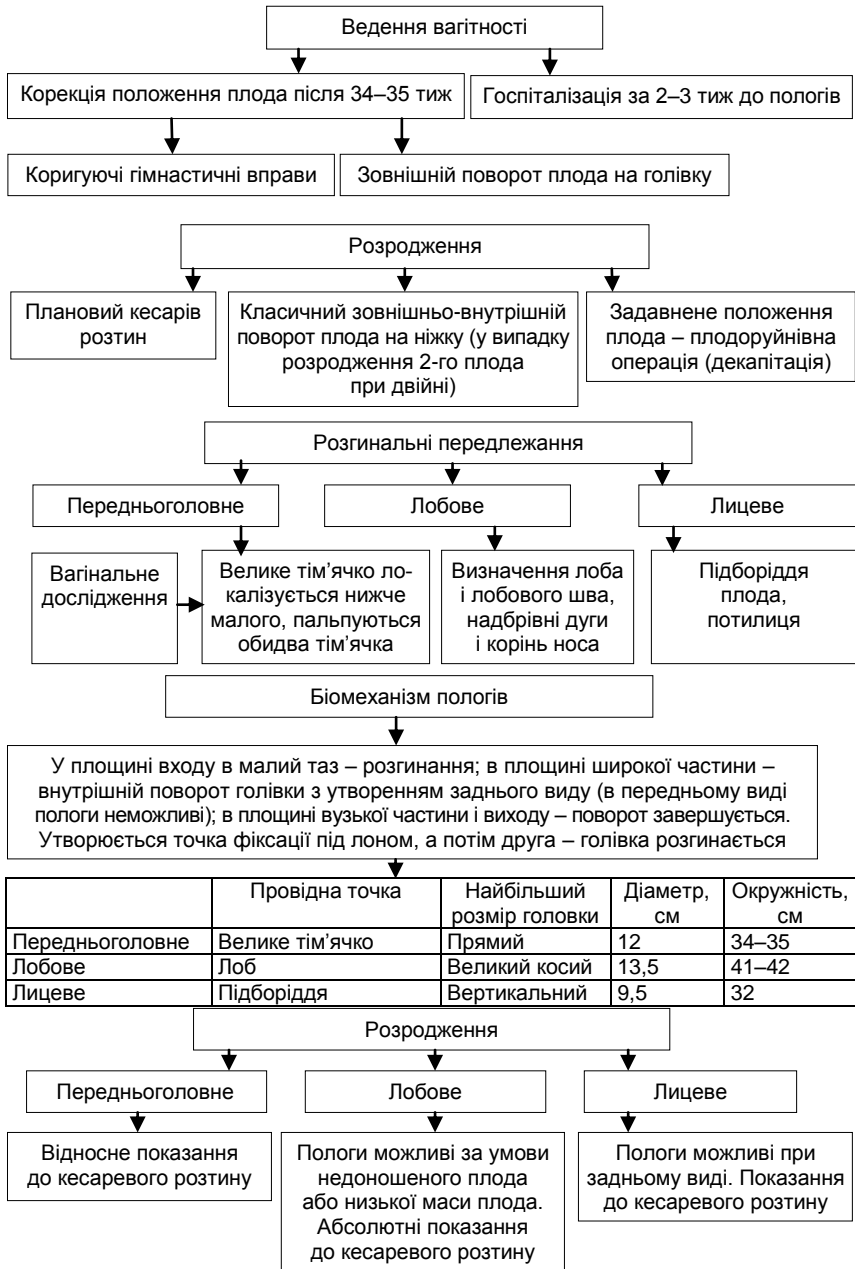
D. Витягти плід за ніжку.

### Відповіді на тести:

1	2	3	4	5	6	7	8
C	B	E	D	A	C	E	E
9	10	11	12	13	14	15	16
D	A	A, C, E, F	B, C, F	A, C, D, E	D	B	A

### Графологічна структура теми





### Орієнтовна карта роботи студентів:

а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого: поперечно-овальна або косо-овальна форма живота, висота стояння дна матки менше норми, передлежача частина не визначається;

б) вибір найбільш інформованих інструментальних досліджень, які підтверджують діагноз: УЗД, зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження;

в) визначення прогнозу, перебігу вагітності та пологів.

Перераховане студент оформлює письмово з відображенням кожного пункту.

### Розгинальні передлежання голівки плода

Поширеність розгинальних передлежань голівки плода становить 0,5–1% випадків. Розрізняють три ступеня розгинальних передлежань голівки: перший – передньоголове (*рис. 1а*), другий – лобове (*рис. 2б*), третій – лицеве передлежання (*рис. 1в*).

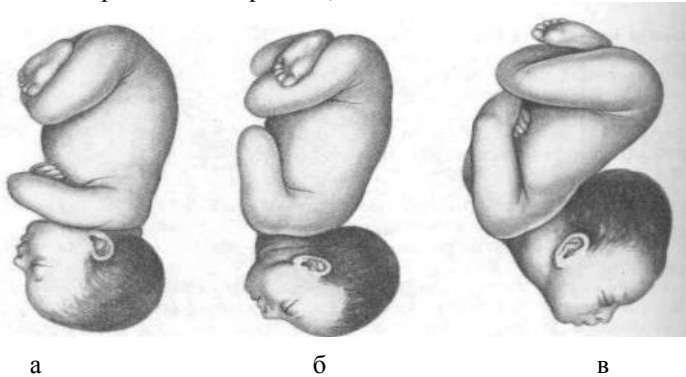


Рис. 1

Причини виникнення розгинальних передлежань:

- зниження тонусу і некоординовані скорочення матки;
- вузький таз, особливо плоский;
- зниження тонусу м'язів тазового дна;
- плід надзвичайно малих або великих розмірів;
- зниження тонусу м'язів передньої черевної стінки (в'ялий живіт);
- тугорухомість атланта-потиличного суглоба;
- пухлини щитоподібної залози або інші пухлини шиї плода;
- вкорочення пуповини (абсолютно або відносно коротка пуповина).

Варто наголосити, що пологи через природні пологові шляхи при розгинальних передлежаннях можливі тільки в задньому виді, причому вид визначається за відношенням спинки плода до передньої або задньої стінки матки.

### Передньоголовне передлежання

Діагноз передньоголового передлежання встановлюють методом піхвового дослідження, при якому вдається пропальпувати мале і велике тім'ячки, причому велике тім'ячко локалізується нижче малого. Ці ознаки є основними при диференційній діагностиці передньоголового передлежання і заднього виду потиличного передлежання, при якому, як правило, вдається пропальпувати тільки одне тім'ячко – мале. Велике тім'ячко або зовсім недосяжне, або ледве досяжне (розташоване надто високо) (рис. 2).



Рис. 2

**Перший момент** – розгинання голівки (незначне) – відбувається в площині входу в малий таз. При цьому голівка вставляється частинами стрілоподібного і лобового швів у поперечний розмір площини входу в малий таз (рис. 3).

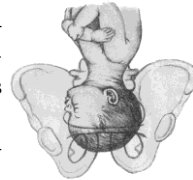


Рис. 3

Провідною точкою є велике тім'ячко, орієнтиром – стрілоподібний шов.

**Другий момент** – внутрішній поворот голівки в місці переходу широкої частини порожнини малого таза у вузьку; завершується на тазовому дні. При цьому голівка стрілоподібним швом вставляється в косий розмір площини широкої частини малого таза відповідної позиції, а потім на тазовому дні – у прямий розмір площини виходу з малого таза. Утворюється перша точка фіксації (гіпомохліон) – між нижнім краєм симфізу і надпереніссям (рис. 4).



Рис. 4

**Третій момент** – згинання голівки. Починається її візування. Навколо точки фіксації, що утворилася, відбувається згинання голівки. Першими із статевої щілини виходять велике тім'ячко і тім'яні кістки. У процесі згинання народжуються тім'яні горби (рис. 5).

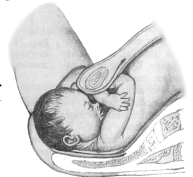


Рис. 5

Згинання триває доти, доки потиличний горб не зафіксується на крижово-куприковому суглобі й не утвориться друга точка фіксації – між потиличним горбом і крижово-куприковим суглобом.

**Четвертий момент** – розгинання голівки. Навколо точки фіксації, що утворилася, відбувається розгинання голівки, при цьому народжуються обличчя і підборіддя (рис. 6).



Рис. 6

**П'ятий момент** – внутрішній поворот плечей і зовнішній поворот голівки. Плечовий пояс із поперечного розміру площини входу в малий таз через косий розмір, протилежний позиції, поступово повертаючись, переходить у прямий розмір площини виходу з малого таза, при цьому голівка робить зовнішній поворот. Переднє плече починає народжуватися з-під лобка. На межі між верхньою і середньою третинами переднього плеча і нижнім краєм симфізу утворюється точка фіксації, навколо якої відбувається бічне згинання тулуба в грудному відділі й народжується заднє плече, потім – переднє плече і весь тулуб (рис. 7).



Рис. 7

Голівка при передньоголовному передлежанні прорізується прямим розміром (*diametr frontooccipitalis*), який проходить від потиличного горба до надперенісся і становить 12 см. Окружність, що відповідає прямому розміру (*circumferentia frontooccipitalis*), становить 34 см. Голівка за конфігурацією брахіцефалічна, за формою – вежоподібна, на вигляд – стиснена в передньозадньому розмірі (рис. 8).



Рис. 8

При передньоголовному передлежанні другий період пологів за-тяжний, що може призвести до послаблення пологової діяльності. Виникає небезпека розвитку дистрес-синдрому або травмування плода, а також материнського травматизму (розрив шийки матки, промежини).

У сучасному акушерстві передньоголовне передлежання при доношеній вагітності вважають відносним показанням до кесаревого розтину.

### Лобове передлежання

Діагноз лобового передлежання встановлюють методом піхвового дослідження шляхом визначення лоба і лобового шва, які розміщені над входом у малий таз або вступили в нього (рис. 9).

При пальпації, рухаючись лобовим швом, зазвичай не вдається досягти великого тім'ячка, лише його переднього кута. На іншому кінці лобового шва добре промацуються надбрівні дуги і корінь носа. Якщо пальпуючий палець досягає кінчика носа, а при подальшому просуванні – і підборіддя, то говорять уже про лицеве передлежання.



Рис. 9

Лобові передлежання переважно визначають як тимчасовий стан, що переходить надалі у лицеве передлежання. Фіксоване лобове передлежання – явище вкрай рідкісне.

**Перший момент** – розгинання голівки. Відбувається над входом у малий таз, причому лобовий шов вставляється в поперечний розмір. Провідною точкою є лоб, орієнтиром – лобовий шов (рис. 10).

**Другий момент** – внутрішній поворот голівки. Опускаючись у порожнину таза, голівка повертається лицевою частиною допереду, а потилицею – дозаду тільки на тазовому дні. Лобовий шов вставляється в прямий розмір площини виходу з малого таза. Утворюється перша точка фіксації між нижнім краєм симфізу і ділянкою верхньої щелепи (рис. 11).

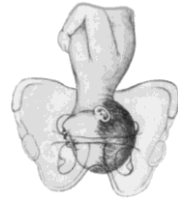


Рис. 10

**Третій момент** – згинання голівки. Відбувається навколо точки фіксації, що утворилася. При цьому народжуються тім'яні горби і потилиця. Згинання триває до моменту фіксації потиличного горба до крижово-куприкового суглоба та утворення другої точки фіксації – крижово-куприковий суглоб і потиличний горб (рис. 12).

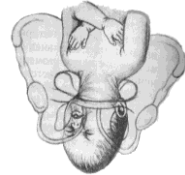


Рис. 11

**Четвертий момент** – розгинання голівки. Навколо точки фіксації, що утворилася, голівка трохи розгинається, при цьому народжується нижня частина обличчя, підборіддя (рис. 13).



Рис. 12

**П'ятий момент** ідентичний п'ятому моменту біомеханізму пологів при передньоголовному передлежанні.

Голівка при лобовому передлежанні прорізується діаметром, середнім між прямим і великим косим розміром. Пропонують вважати (умовно), що голівка при лобовому передлежанні прорізується великим косим розміром (*diametr mentooccipitalis*), що проходить від потиличного горба до підборіддя і становить 13,5 см, а відповідна йому окружність (*circumferentia mentooccipitalis*) – 40 см. Голівка у профіль має вигляд трикутника з верхівкою в лобі (рис. 14).



Рис. 13

Варто наголосити, що при лобовому передлежанні під час пологів можуть виникнути такі ускладнення:

а) тривалий перебіг пологів (понад 30 год навіть при невеликих розмірах плода);

б) розриви промежини (з відривом м'яза-підіймача відхідника);

в) утворення міхурово-піхвових нориць;

г) розриви матки;

д) гострий дистрес-синдром плода й асфіксія новонародженого.



Рис. 14

Пологи при лобовому передлежанні можуть завершитися мимовільно тільки за умови недоношеного плода або плода з низькою масою тіла. У разі доношеної вагітності лобове передлежання є абсолютним показанням до проведення кесаревого розтину. При внутрішньоутробній загибелі плода виконують плодоруйнівну операцію – краніотомію.

### Лицеве передлежання

Біомеханізм положів при лицевому передлежанні (рис. 15) є антиподом переднього виду потиличного передлежання: у першому випадку відзначають максимальне розгинання голівки, а в другому – її максимальне згинання.

Діагностика лицевого передлежання на відміну від інших видів розгинальних передлежань меншою мірою утруднена, тому що лицеве передлежання можна діагностувати під час проведення зовнішнього акушерського дослідження. При цьому над входом у малий таз з одного боку визначають потилицю, закинута і майже притиснута до спинки плода, а з іншого – підборіддя плода. При такому розташуванні частин тіла спинка плода далеко відходить від стінки матки, а вигнута грудна клітка, навпаки, наближається до неї. Тому серцебиття плода ясніше прослуховується не з боку спинки, а з боку грудей, тобто на боці прощупування дрібних частин тіла плода.



Рис. 15

Остаточний діагноз лицевого передлежання підтверджується під час піхвового дослідження, при якому прощупуються лоб, надбрівні дуги, ніс, рот і підборіддя плода. Однак усе це вдається розпізнати при внутрішньому дослідженні до вилиття навколоплідних вод і в перші хвилини після вставлення обличчя в площину виходу в малий таз до утворення пологової пухлини. У разі її формування набрякле обличчя плода важко відиференціювати від сідниць.

Лицеве передлежання при набряклому обличчі від сідничного відрізняють за такими ознаками: палець, уведений у заглиблення (відхідник при сідничному передлежанні), відчуває опір з боку прямої кишки, витягнутий палець може забруднитися меконієм; палець, уведений у рот плода, не зустрічає ніякої перешкоди, промацуються краї верхньої і нижньої щелеп, язик, тверде піднебіння, відчуваються смоктальні рухи.

**Перший момент** – максимальне розгинання голівки. У результаті максимального розгинання провідною точкою виступає підборіддя, а орієнтиром – лицева лінія (*linea facialis*), що вставляється в поперечний розмір площини входу в малий таз (рис. 16).

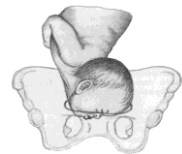


Рис. 16

**Другий момент** – внутрішній поворот голівки. Голівка опускається в порожнину малого таза, і лише на тазовому дні відбувається ротація підборіддям допереду. Лицева лінія вставляється в прямий розмір площини виходу з малого таза (рис. 17).



Рис. 17

Першим через статеву щілину прорізується підборіддя, під'язикова ділянка фіксується під лобковою дугою. Утворюється точка фіксації – нижній край симфізу і під'язикова кістка.

**Третій момент** – згинання голівки. Навколо точки фіксації, що утворилася, відбувається згинання голівки, народжуються ніс, лоб, тім'яна ділянка і потилиця (рис. 18).

**Четвертий момент** ідентичний п'ятому моменту біомеханізму пологів при передньоголовному передлежанні.

Голівка при лицевому передлежанні прорізується вертикальним розміром (*diametr verticalis*), що становить 9,5 см, окружність голівки, що відповідає цьому розміру (*circumferentia trachelobregmatia*), становить 32 см. Конфігурація голівки – різко доліхоцефалічна. На відміну від доліхофалічної голівки при потиличних та лицевих передлежаннях пологова пухлина локалізується на обличчі, спотворює його, дитина перший час після пологів лежить із розігнутою голівкою (рис. 19).

У пологах при лицевому передлежанні можливі передчасне вилиття навколоплідних вод, випадіння петель пуповини, слабкість пологової діяльності, розвиток гострого дистрес-синдрому плода.

З огляду на ймовірність виникнення великої кількості ускладнень як у роділлі, так і в плода лицеве передлежання вважають відносним показанням до кесаревого розтину.

Пологи через природні пологові шляхи при лицевому передлежанні можливі тільки в задньому виді (спинка обернена дозаду), при передньому виді голівка плода має проходити в порожнину малого таза разом із плечовим поясом, що неможливо.

До основних диференційно-діагностичних ознак, за якими розпізнають той або інший варіант передлежання, належить таке:

- при задньому виді потиличного передлежання промацується тільки одне тім'ячко; велике тім'ячко або зовсім недосяжне, або ледве досяжне;
- при передньоголовному передлежанні промацуються обидва тім'ячка, одне вище;
- про лобове передлежання свідчить можливість пальпувати при піхвовому дослідженні лоб і лобовий шов; просуваючи лобовим швом пальці, зазвичай можна з одного боку досягти великого тім'ячка, з іншого – надбрівних дуг і кореня носа.

При лицевому передлежанні під час піхвового дослідження промацуються очні ямки, ніс, підборіддя.

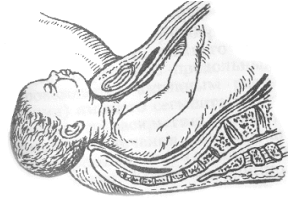


Рис. 18



Рис. 19

## Неправильні положення плода

До неправильних положень плода належать поперечне (*situs transversus*) і косе (*situs obliquus*), частота яких становить 0,5–0,7% усіх положів. Ці положення плода переважно характерні для повторних вагітностей і належать до патологічних, тому що пологи доношеного плода через природні пологові шляхи зазвичай неможливі або супроводжуються тяжкими ускладненнями як з боку плода, так і з боку роділлі.

Поперечне положення (рис. 20) – це таке положення плода, при якому поздовжня вісь плода утворює з поздовжньою віссю матки прямий кут. Якщо кут гострий, визначають косе положення плода (рис. 21). Важливо пам'ятати, що при поперечному положенні плода велика частина його тіла (голівка, тазова частина) розташовується вище, а при косому – нижче гребеня клубової кістки.

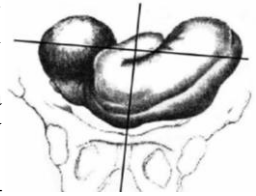


Рис. 20

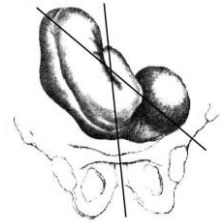


Рис. 21

Позицію плода при цих положеннях визначають за голівкою: якщо голівка ліворуч – перша позиція, праворуч – друга. Вид, як і при поздовжньому положенні, визначають за спинкою: спинка спереду – передній вид, спинка ззаду – задній. Окрім цього, при поперечному положенні плода його спинка може бути повернена донизу, до входу в малий таз (*situs dorsoinferior*) або догори, до дна матки (*situs dorsosuperior*).

Розташування спинки плода донизу є найнесприятливішим у зв'язку з утрудненням доступу до дрібних частин тіла плода за потреби виконати класичний зовнішньо-внутрішній акушерський поворот плода на ніжку.

До факторів, що спричиняють аномалії положення плода, належать:

- 1) з боку роділлі:
  - пухлини матки на рівні входу в малий таз або в його порожнині (лейоміома);
  - вади розвитку матки (сідлоподібна, дворога);
  - передлежання плаценти;
  - знижений тонус матки, в'язість м'язів передньої черевної стінки, розходження прямих м'язів живота;
- 2) з боку плода:
  - багатоплідність;
  - нервово-м'язові порушення;
  - мало- або багатоводдя.

### Діагностика поперечного і косого положень плода

Діагностика поперечного і косого положень плода ґрунтується на даних зовнішнього та внутрішнього акушерського досліджень. Велике значення має УЗД.

При зовнішньому акушерському дослідженні (рис. 22, 23) увагу привертає поперечно-овальна або косо-овальна форма живота; висота стояння дна матки не відповідає передбачуваному терміну вагітності; частина, що передлежить, не визначається; праворуч або ліворуч від середньої лінії живота можна прощупати голівку плода. Серцебиття плода при поперечному положенні найкраще вислуховується в ділянці пупка.



Рис. 22

Піхове дослідження в плані діагностики поперечного або косого положення плода найінформативніше після вилиття навколоплідних вод і розкриття маткового вічка. При цьому вдається пальпувати бік плода, лопатки, кульшову западину. У разі випадіння із статевої щілини ручки (рис. 24) діагноз поперечного положення плода не викликає сумнівів. Якщо вдається визначити, яка ручка випала (права або ліва), то при встановленій позиції плода можна визначити його вид. При першій позиції випадіння правої ручки свідчить про передній вид, лівої – про задній. При другій позиції випадіння правої ручки вказує на задній вид, лівої – на передній.



Рис. 23

З появою ультразвукових методів обстеження вагітних встановлення діагнозу поперечного положення плода не становить труднощів. При УЗД можна також чітко визначити позицію, вид плода, розташування спинки до входу в малий таз. Особливо ефективний цей метод дослідження для діагностики поперечного або косого положення плода в разі багатоплідної вагітності, коли один плід перебуває в поздовжньому положенні, а другий – у поперечному.



Рис. 24

### Клінічний перебіг і ведення вагітності та пологів

Вагітність при поперечному або косому положенні плода протікає без особливостей. Якщо до 34–35 тиж вагітності неправильне положення самовільно не зміниться на поздовжнє, то вагітній призначають коригувальну гімнастику або виконують зовнішній поворот плода на голівку за відсутності протипоказань. Оскільки при поперечному і косому положеннях плода відсутній пояс притиснення і не відбувається розподіл вод на передні й задні, до кінця вагітності можливе передчасне вилиття навколоплідних вод.

При поперечному або косому положенні плода розродження проводять шляхом виконання планового кесаревого розтину.

Госпіталізувати вагітну з поперечним або косим положенням плода потрібно за 2–3 тиж до передбачуваного терміну пологів. Якщо не було вчасно діагностовано поперечне положення плода і розпочалися пологи, то можливе виникнення *задавненого поперечного положення плода*, про яке свідчать такі ознаки:

- 1) плід втратив рухливість;
- 2) плече стоїть глибоко і нерухомо, ручка набрякла і синюшна;
- 3) плече зазвичай відсунуте вбік унаслідок того, що з ним поруч низько опустилася грудна клітка;
- 4) перерозтягнення нижнього маткового сегмента;
- 5) загроза розриву матки.

Окрім цього, у зв'язку з передчасним або раннім вилиттям навколоплідних вод може розвинутися слабкість пологової діяльності, можливі випадіння пуповини або дрібних частин тіла плода, інфікування пологових шляхів. Часто виникає дистрес-синдром плода.

Українською рідко пологи в поперечному положенні можуть завершитися самостійно шляхом самоповороту або народження плода зі складеним навпіл тулубом, але тільки в разі глибоко недоношеної вагітності й активної пологової діяльності.

При багатоплідній вагітності з головним передлежанням першого плода і поперечним положенням другого за умови повторних пологів можливо провести пологи через природні пологові шляхи. У такому разі після народження першого плода виконують класичний комбінований зовнішньо-внутрішній поворот другого плода на ніжку з подальшим його витяганням.

У разі виникнення давненого поперечного положення плода при мертвому плоді здійснюють ембріотомію (декапітацію), при живому плоді – екстраперитонеальний кесарів розтин, технічно надзвичайно складний.

### **Завдання для самостійної роботи**

#### Питання, що підлягають вивченню:

1. Що означає поняття «неправильне положення та передлежання плода»?
2. Які причини виникнення неправильних положень та передлежань плода?
3. Які методи діагностики неправильних положень та передлежань плода при зовнішньому обстеженні вагітної?
4. Які методи діагностики неправильних положень та передлежань плода при внутрішньому обстеженні вагітної?
5. Які апаратні методи діагностики неправильного положення та передлежання плода?

6. Які особливості перебігу і можливі ускладнення вагітності при неправильному положенні та передлежанні плода?

7. Яка тактика ведення вагітності при неправильному положенні та передлежанні плода?

8. Які методи коригування неправильних положень плода під час вагітності?

9. Які протипоказання до зовнішнього профілактичного повороту плода?

10. Які умови та техніка профілактичного повороту плода?

11. Які особливості перебігу і можливі ускладнення пологів при неправильному положенні та передлежанні плода?

12. Яка тактика ведення пологів при неправильному положенні плода?

13. Які показання та протипоказання до операції кесаревого розтину при неправильному положенні та передлежанні плода?

14. Які показання та умови для класичного (зовнішньовнутрішнього) повороту плода на ніжку?

15. Яка техніка класичного повороту плода на ніжку?

16. Які ускладнення можливі при виконанні класичного акушерського повороту плода на ніжку?

17. Що означає поняття "запущене поперечне положення плода"?

18. Який спосіб розродження при "запущеному поперечному положенні плода"?

Завдання та уміння, які необхідно виконати:

1. Проводити зовнішнє акушерське дослідження.

2. Діагностувати та диференціювати наявність аномалії положення плода.

3. Діагностувати розгинальне передлежання голівки плода.

4. Демонструвати на фантомі етапи та моменти біомеханізму пологів.

5. Демонструвати на фантомі техніку акушерських поворотів.

6. Уміти складати план обстеження, визначити тактику ведення вагітності та пологів при неправильних положеннях та передлежаннях плода.

### **Ситуаційні задачі для контролю заключного рівня знань**

**Задача 1.** У роділлі перші пологи. Таз нормальний. Пологи термінові, тривають 14 год. Почався другий період. Потуги нормальної сили. Розкриття шийки матки повне. Голівка великим сегментом у вході в малий таз. При піхвовому дослідженні: стріловий шов – у правому косому розмірі. Праворуч пальпується мале тім'ячко, ліворуч – велике, розташоване нижче малого. Передбачувана маса тіла плода 2 600 г.

1. Встановіть діагноз.

2. Визначте тактику ведення пологів.

**Задача 2.** У роділлі другі пологи. Таз нормальний. Пологи тривають 8 год. Пологова діяльність активна. Шийка матки розкрита на 9 см. Передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. При піхвовому дослідженні: через плодовий міхур визначаються надбрівні дуги, корінь носа, рот, підборіддя, що розташовується праворуч дозад.

1. Встановіть діагноз.
2. Визначте тактику ведення пологів.

**Задача 3.** У роділлі повторні пологи, передчасні, тривають 18 год. Перейми нормальної інтенсивності. Таз нормальний. Голівка великим сегментом – у площині входу в малий таз. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки 9–10 см, плодовий міхур відсутній. Промацуються ніс, рот, підборіддя, що розташовується ліворуч допереду. Передбачувана маса тіла плода 2 500 г.

1. Встановіть діагноз.
2. Визначте тактику ведення пологів.

**Задача 4.** У роділлі повторні пологи. Термінові. Таз нормальний. Передбачувана маса тіла плода 3 700 г. Пологова діяльність активна. Голівка рухлива над входом у малий таз. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки 7–8 см. Плодовий міхур відсутній (вилиття навколоплідних вод – 4 год тому). Промацується лобовий шов у лівому косому розмірі. Попереду промацуються надбрівні дуги, вдається пальпувати корінь носа.

**Задача 5.** У вагітної 25 років із повторною вагітністю у жіночій консультації встановлено поперечне положення плода. Термін вагітності – 30–31 тиж. Серцебиття плода не порушене. Визначте тактику ведення вагітності й пологів.

**Задача 6.** Вагітну 23 років (перша вагітність) доправлено в пологову залу з регулярною пологовою діяльністю. Дві години тому сталося вилиття навколоплідних вод. Термін вагітності – 37–38 тиж. Серцебиття плода виражене, ритмічне, 132 за 1 хв, вислуховується в ділянці пупка. При піхвовому дослідженні: шийка матки укорочена, пропускає палець, плодовий міхур відсутній, передлежача частина не визначається.

1. Встановіть діагноз.
2. Визначте акушерську тактику.

### **Правильні відповіді**

**Задача 1.**

1. Передньоголове передлежання, друга позиція, задній вид.
2. Пологи можна проводити через природні пологові шляхи.

**Задача 2.**

1. Лицеве передлежання, передній вид.
2. Кесарів розтин.

**Задача 3.**

1. Лицеве передлежання, задній вид.
2. Пологи можна вести через природні пологові шляхи.

**Задача 4.**

1. Лобове передлежання.
2. Кесарів розтин.

**Задача 5.**

За відсутності протипоказань вагітній призначають коригувальну гімнастику. За відсутності ефекту і наявності умов виконують зовнішній поворот плода на голівку.

**Задача 6.**

1. Вагітність у терміні 37–38 тиж, перші пологи, поперечне положення плода.
2. Кесарів розтин.

### **Література**

*Основна:*

Акушерство : підручник / за ред. В. І. Грищенка, М. О. Щербини. – К., 2012.

*Додаткова:*

1. Акушерство : учебник для вузов / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава и др. – М., 2009. – 656 с.

2. Бодяжина В. И. Акушерство / В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко – М. : Медицина, 1998.

*Навчальне видання*

# **НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА**

***Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів***

Упорядники            Щербина Микола Олександрович  
                                 Кузьміна Ірина Юріївна  
                                 Плахотна Ірина Юріївна

Відповідальний за випуск            Кузьміна О. О.



Редактор М. В. Тарасенко  
Коректор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

План 2015, поз. 10.  
Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 1,3.  
Тираж 150 прим. Зам. № 15–3301.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.



# **НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДУ**

*Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів*