

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

**ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ  
ПРИ АНОМАЛІЯХ КІСТКОВОГО ТАЗА.  
ПРОБЛЕМА МАКРОСОМІЇ  
В АКУШЕРСТВІ**

*Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів*

Затверджено  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 2 от 19.02.2015.

**Харків  
ХНМУ  
2015**

Ведення вагітності та пологів при аномаліях кісткового таза.  
Проблема макросомії в акушерстві : метод. вказ. для самост. роботи студентів / упор. М. О. Щербина, Л. В. Потапова, О. В. Юркова. – Харків : ХНМУ, 2015. – 16 с.

Упорядники    М. О. Щербина  
                      Л. В. Потапова  
                      О. В. Юркова

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

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

**Тема заняття:** Вагітність і пологи при аномаліях кісткового таза. Проблеми макросомії в акушерстві.

Кількість годин – 3.

**Матеріальне та методичне забезпечення теми:**

**Засоби навчання:** банк тестових завдань, фантоми таза, голівки, тазомір, вагітні жінки.

**Устаткування:** методичні вказівки.

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

**Обґрунтування теми.** Вузкий таз під час вагітності і пологів є однією з причин акушерської і перинатальної патології. Пологи при вузькому тазі проходять зі значним відсотком травматизму для матері і плода. Анатомічно вузький таз є головною причиною виникнення в пологах клінічно (функціонально) вузького таза. Знання методів діагностики вузького таза, особливостей перебігу та ведення пологів, а також профілактики ускладнень є необхідним у підготовці лікарів Цим пояснюється практичне значення даної теми.

**Мета заняття:**

*Загальна мета* – уміти виявити анатомічно вузький таз, запідозрити клінічно вузький таз та великий плід.

*Конкретні цілі:*

1. Вибрати з даних анамнезу відомості, що відбивають наявність ознак вузького таза.
2. Виявити найбільш інформативні ознаки даної патології при об'єктивному і додатковому методах обстеження та вміти їх оцінювати.
3. Запідозрити виникнення ускладнень з боку матері та плоду при вузькому тазі.

**Студент повинен знати:**

1. Визначення поняття "анатомічно вузький таз".
2. Етіологію анатомічно вузького таза.
3. Класифікацію анатомічно вузького таза.
4. Характеристику різних форм анатомічно вузького таза.
5. Методи діагностики анатомічно вузького таза.
6. Біомеханізм пологів при різних формах анатомічно вузького таза.
7. Особливості перебігу пологів при вузькому тазі.
8. Тактику ведення пологів при різних формах вузького таза.
9. Визначення поняття "клінічно вузький таз".

10. Фактори ризику виникнення клінічно вузького таза.
11. Методи діагностики клінічно вузького таза.
12. Ведення пологів при клінічно вузькому тазі.
13. Визначення поняття "великий (велетенський) плід".

**Студент повинен вміти:**

1. Діагностувати різні форми анатомічно вузького таза при зовнішній пельвіометрії.
2. Діагностувати різні форми анатомічно вузького таза при внутрішній пельвіометрії.
3. Діагностувати ступінь звуження таза при зовнішній і внутрішній пельвіометрії.
4. Демонструвати на фантомі біомеханізм пологів при різних формах звуження таза.
5. Визначити умови для оцінки клінічної відповідності розмірів таза та голівки плода.
6. Демонструвати на фантомі методи оцінки відповідності розмірів таза і голівки плода (ознака Генкель–Вастена, розмір Цангемейстера).
7. Складати план ведення пологів при анатомічно вузькому тазі.
8. Оцінювати фактори ризику розвитку клінічно вузького таза.
9. Прогнозувати можливі ускладнення в пологах при різних формах вузького таза.

**Практичні навички:**

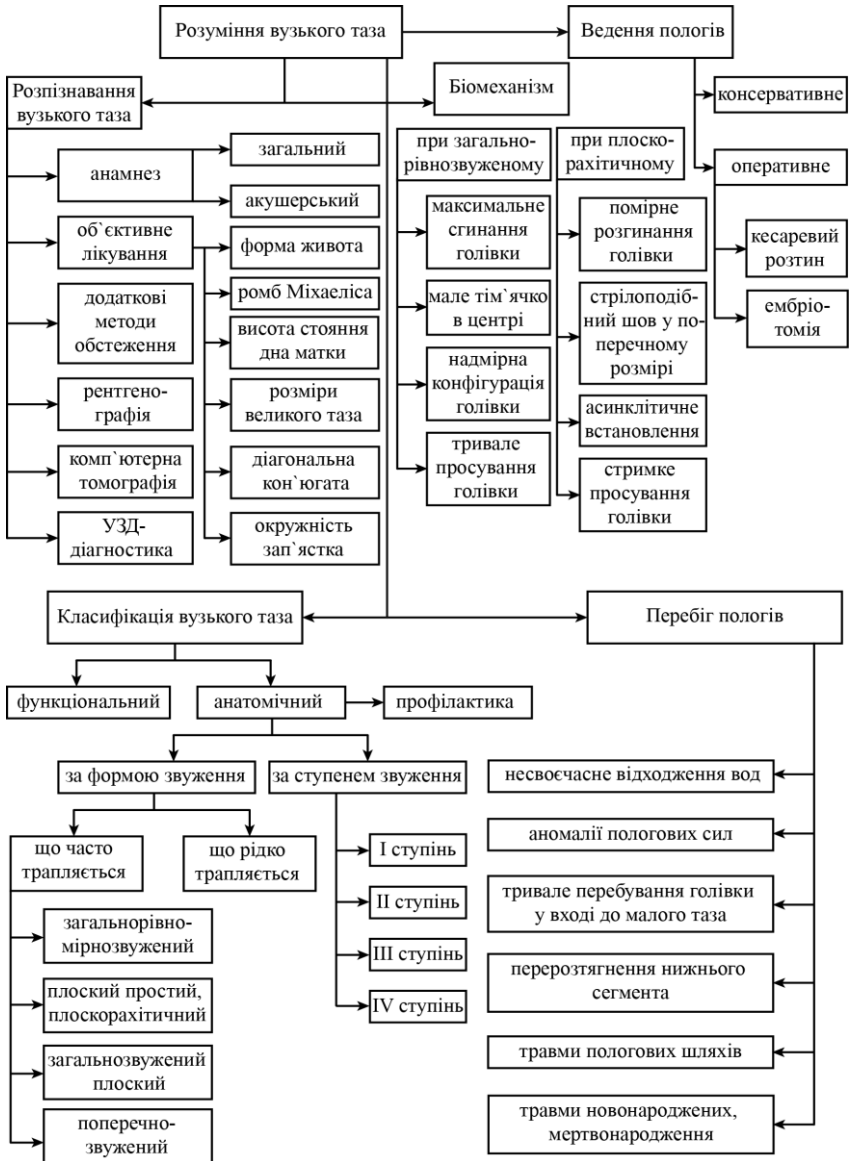
1. Збирання та оцінка анамнезу стосовно загальних та специфічних функцій жіночого організму.
2. Проведення зовнішнього акушерського обстеження вагітної (вимірювання розмірів великого таза).
3. Проведення внутрішнього акушерського обстеження: вимірювання справжньої, анатомічної, діагональної кон'югати (на фантомі).
4. Визначення швів, тім'ячка і розмірів голівки плода та ознак зрілості плода.
5. Визначення об'єму та послідовності методів обстеження.

**ТЕСТИ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ**

1. Вкажіть нормальні розміри великого таза:
  - A. 22-25-29-28 см.
  - B. 25-28-31-20 см.
  - C. 27-27-32-18 см.
  - D. 23-25-28-17 см.

2. Діагональна кон'югата – це відстань між:
- A. Нижнім краєм симфізу і мисом.
  - B. Сідничними горбами.
  - C. Гребенями клубових кісток.
  - D. Великими вертелами стегнових кісток.
3. Справжня кон'югата – це відстань між:
- A. Нижнім краєм лона і видатною точкою мису.
  - B. Безіменними лініями.
  - C. Верхнім краєм лона і мисом.
  - D. Серединою внутрішньої поверхні лона і мисом.
4. У правильно складеної жінки поперековий ромб має форму:
- A. Геометрично правильного ромба.
  - B. Трикутника.
  - C. Неправильного чотирикутника.
  - D. Чотирикутника, витягнутого у вертикальному напрямку.
5. Яким чином можна визначити величину істинної кон'югати по діагональній?
- A. Відняти 1,5 см.
  - B. Відняти 4 см.
  - C. Додати 2 см.
  - D. Відняти 5 см.

## Графологічна структура теми



### **Орієнтовна карта роботи студентів:**

- а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;
  - б) вибір найбільш інформованих інструментальних досліджень, які підтверджують діагноз;
  - в) визначення прогнозу перебігу пологів.
- Перераховане студент оформляє письмово з відображенням кожного пункту.

В акушерстві розрізняють поняття анатомічно і клінічно вузького таза.

*Анатомічно вузьким* називають таз, усі або один із розмірів якого зменшений на 1,5–2 см порівняно з нормою. Частота цієї патології становить 8 %. До етіологічних факторів розвитку анатомічно вузького таза належать перенесений рахіт, поліомієліт, туберкульоз, травми, пухлини кісток таза, порушення обмінних процесів в організмі, недостатнє харчування тощо. Заняття деякими видами спорту з раннього дитинства (фігурне катання, спортивна гімнастика та ін.), стреси, дисгормональні розлади, інфантилізм також призводять до виникнення різних форм вузького таза.

*Класифікація* вузького таза ґрунтується на його формі та ступені звуження.

### **Класифікація вузького таза за ступенем звуження**

Виділяють чотири ступені звуження таза, які визначають за величиною справжньої кон'югати (conjugata vera):

- I ступінь – 11–9 см (якщо плід невеликий, пологи можуть закінчитися самовільно);
- II ступінь – 9–7,5 см (значні утруднення в пологах);
- III ступінь – 7,5–6 см (пологи через природні пологові шляхи неможливі, тільки кесарів розтин або плідоруйнівна операція);
- IV ступінь – менше ніж 6 см (абсолютно вузький таз; пологи та плідоруйнівні операції неможливі, тільки кесарів розтин, навіть при мертвому плоді).

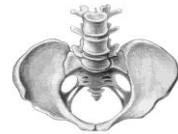
Класифікація таза за формою звуження включає поширені та рідкісні типи вузького таза.

### **Поширені форми анатомічно вузького таза**

**Загальнорівномірно звужений таз** – таз, усі розміри якого зменшені на 1,5–2 см (*рис. 1*).

До загальнорівномірнозвужених форм таза належать інфантильний таз, таз чоловічого типу і карликовий.

*Інфантильний, або дитячий, таз.* Для нього характерні вузькі плоскі крижі та вузька лобкова дуга (2–2,5 см), високе стояння крижового мису. Інфантильний таз властивий жінкам із загальними ознаками інфантилізму.



**Рис. 1**

*Таз чоловічого типу.* Чоловічим (андроїдним) називають таз із масивними кістками, гострим лобковим кутом, високою і лійкоподібною порожниною. Чоловічий таз властивий жінкам високого зросту з чоловічим типом будови тіла.

*Карликовий таз.* Карликовим називають таз із крайнім ступенем загального рівномірного звуження всіх розмірів. Карликовий таз спостерігають у жінок із нестачею соматотропного гормону (гіпофізарний карлик).

**Плоский таз** – таз зі зменшеними прямими розмірами.

*Простий плоский таз (девентерівський)* – таз з усіма зменшеними прямими розмірами (рис. 2).

*Плоскорохитичний таз* – таз зі зменшеним прямим розміром площини входу (рис. 3).

*Загальнозвужений плоский таз* – таз з усіма зменшеними розмірами, особливо прямими (рис. 4).

*Поперечно звужений таз (робертівський)* – таз зі звуженням поперечних розмірів при нормальних прямих розмірах, аналог андроїдного таза.

#### **Рідкісні форми анатомічно вузького таза**

*Косозміщений таз* характеризується вкороченням або анкілозом однієї з нижніх кінцівок і зменшенням косих розмірів з одного боку (рис. 5).

*Косозвужений, або лійкоподібний, таз* проявляється недорозвиненням одного з крил крижів.

*Спондилолістичний таз* виникає при зісковзуванні I поперекового хребця з I крижового уперед, що призводить до зменшення розміру входу в малий таз.

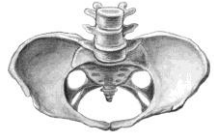
*Асиміляційний таз* має подовжену форму завдяки зрощенню I поперекового хребця з I крижовим. Таз звужений екзостозами і кістковими пухлинами.

*Кіфотичний таз* – аналог лійкоподібного, зумовлений кіфозом (горбом).

*Остеомалатичний (спалий) таз* виникає при розм'якненні кісток унаслідок декальцинації (рис. 6).

Іноді користуються європейською класифікацією анатомічно вузького таза:

- гінекоїдний таз (нормальний жіночий таз);
- андроїдний (чоловічого типу);
- антропоїдний (прямий розмір входу перевищує поперечний розмір);
- платипелоїдний (плоский).



**Рис. 2**



**Рис. 3**



**Рис. 4**



**Рис. 5**



**Рис. 6**

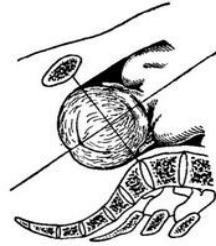


**Діагностика** включає анамнез (перенесені дитячі хвороби, перебіг попередніх пологів та ін.), об'єктивне дослідження (зріст, маса тіла, будова скелета, наявність екстрагенітальних захворювань, форма живота).

Також вимірюють кут нахилу таза. Оглядають ромб Міхаеліса, який змінює форму при вузькому тазі. Визначають променевозап'ястковий індекс Соловйова. Проводять пельвіометрію. Розраховують передбачувану масу тіла плода. Проводять УЗД (ультразвукову пельвіометрію).

**Особливості біомеханізму пологів при загально-норівномірно звуженому тазі (рис. 7):**

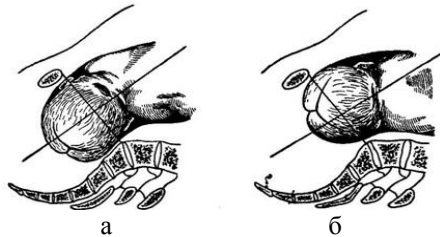
- вставлення голівки стріловим швом в один із косих розмірів;
- максимальне згинання голівки плода, голівка починає згинатися вже у вході в малий таз;
- доліхоцефалічна форма голівки плода за рахунок конфігурації.



Пологи триваліші, ніж при нормальному тазі, **Рис. 7.** Синклітичне вставлення часто супроводжуються пологовими травмами.

**Особливості біомеханізму пологів при простому плоскому тазі:**

- вставлення голівки плода до входу в малий таз стріловим швом у поперечному розмірі; часто виникає асинклітичне вставлення, переважно передне (Негеле), при якому стріловий шов розміщений ближче до мису крижів, що супроводжується вираженою конфігурацією кісток голівки плода;



**Рис. 8**

- опускання голівки стріловим швом у поперечному розмірі до вузької площини порожнини малого таза (низьке поперечне стояння голівки плода), при сприятливому прогнозі виникає ротація голівки (рис. 8а);
- внутрішній поворот (ротація) голівки при переході із широкої у вузьку частину порожнини малого таза закінчується на тазовому дні при максимальній її конфігурації (брахіоцефалічна форма);
- розгинання голівки (має зтяжний характер) (рис. 8б).

**Особливості біомеханізму пологів при плоскорихтічному тазі:**

- голівка вставляється в поперечний розмір, її стояння тривале;
- незначне розгинання голівки у вході (передне тім'ячко розміщене нижче заднього);
- виникає передній асинклітизм Негеле, рідше – задній асинклітизм Літцмана;

- різка конфігурація голівки;
- голівка швидше проходить крізь інші частини пологового каналу.

При загальнозвуженому плоскому тазі розродження доношеним плодом через природні шляхи, як правило, неможливе.

**Ускладнення пологів при вузькому тазі:**

- несвоєчасне вилиття навколоплідних вод;
- випадіння петель пуповини та дрібних частин плода;
- неправильне вставлення голівки плода;
- аномалії пологової діяльності;
- травми пологових шляхів (розриви шийки та тіла матки, розрив лобкового симфізу, утворення норниць);
- септичні захворювання;
- травматизм плода (дистрес плода, кефалогематома, крововилив у мозок, перелом кісток черепа).

Під клінічно (функціонально) вузьким тазом розуміють функціональну невідповідність між голівкою плода і тазом матері незалежно від їхніх розмірів. Частота клінічно вузького таза становить 3–5 %.

**Фактори ризику виникнення клінічно вузького таза** включають анатомічно вузький таз, великий плід, розгинальні передлежання голівки плода, переношену вагітність, гідроцефалію плода, пухлини і вади розвитку плода, пухлини і вади розвитку таза матері, пухлини органів малого таза.

Варто пам'ятати, що немає надійного способу точного допологового прогнозування клінічно вузького таза. Цей діагноз встановлюють лише в пологах.

**Діагностичні ознаки клінічно вузького таза:**

- відсутність поступального руху голівки при нормальній пологовій діяльності;
- симптом Генкеля–Вастена врівень або позитивний, розмір Цангмейстера більший за зовнішню кон'югату;
- нависання шийки матки;
- високе розташування контракційного кільця;
- поява потуг при високому розташуванні голівки плода;
- набряк шийки матки з можливим поширенням на піхву і зовнішні статеві органи;
- симптоми стиснення сечового міхура.

**Симптом Генкеля–Вастена:** *негативний* – передня поверхня голівки розміщена нижче від площини симфізу; *врівень* – передня поверхня голівки плода перебуває на одному рівні із симфізом; *позитивний* – поверхня голівки перебуває вище від поверхні симфізу (рис. 9).

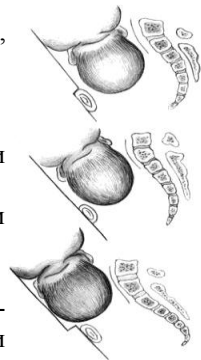


Рис. 9

Діагноз клінічно вузького таза встановлюють за наявності кількох ознак, а саме: розкриття шийки матки більше ніж на 8 см, відсутність плодового міхура, спорожнений сечовий міхур, нормальна скоротливість матки.

**Акушерська тактика.** Діагноз клінічно вузького таза є показанням до завершення пологів шляхом виконання кесаревого розтину. За умови загибелі плода розродження проводять шляхом плоторуйнівної операції. Акушерські щипці та вакуум-екстракція плода при клінічно вузькому тазі протипоказані.

## **ПРОБЛЕМА МАКРОСОМІЇ В АКУШЕРСТВІ**

Великим вважають плід масою більше 4 000 г, велетенським – більше 5 000 г.

**Фактори, що впливають на масу плода:**

### **1. Фізіологічні:**

- маса тіла матері до вагітності й при першому звертанні до лікаря;
- зріст матері;
- кількість попередніх пологів;
- вік вагітних за 30 років;
- етнічна належність;
- стать плода;
- спадковість;
- зріст батька.

### **2. Патологічні:**

- переношування;
- цукровий діабет вагітної;
- надмірне харчування;
- набрякова форма гемолітичної хвороби плода.

### **Діагностика:**

• анамнестичні дані: маса дітей під час попередніх пологів, ендокринні захворювання матері, маса матері;

• огляд вагітної: наявність ожиріння, ендокринопатій, округла форма живота, окружність живота понад 100 см, висота стояння дна матки понад 40 см, прямий розмір голівки понад 12 см, довжина плода понад 53 см, високе стояння голівки плода над входом до малого таза перед пологами та під час пологів, дані ультразвукового дослідження.

### **Особливості перебігу вагітності:**

- прееклампсія;
- багатоводдя;
- загроза переривання вагітності;
- гестаційний пієлонефрит;
- анемія;
- переношування.

### **Особливості перебігу пологів:**

- несвоєчасне відходження навколоплідних вод;
- неправильні вставлення голівки плода;
- слабкість пологової діяльності;
- клінічно вузький таз;
- дистонія плечиків плода;
- дистрес плода;
- асфіксія новонародженого;
- травматизм плода (кефалогематоми, внутрішньочерепний крововилив, переломи ключиць, травми хребта, м'язова кривошия);
- травматизм матері (розриви м'яких тканин пологового каналу з наступною недостатністю тазового дна, розходження й розрив симфізу).

Пологи великим плодом відбуваються так само, як у випадку рівномірно звуженого таза (біомеханізм пологів). Важливо визначити розбіжності між ризиком невідповідності передлежачої частини плода й таза матері, з одного боку, й, з другого боку, невідповідність розмірів таза та інших частин плода, наприклад, при утрудненні народження плечиків або затримці голівки при тазовому передлежанні.

**Дистоція плечиків плода** – це стан, при якому виникають серйозні труднощі з народженням плечиків, коли голівка вже народилась. До теперішнього часу відсутні надійні способи допологового прогнозування розвитку дистоції плечиків, тому допомогу в подібній ситуації повинен надавати висококваліфікований фахівець. При наданні допомоги при дистоції плечиків роділля повинна знаходитись в положенні на спині, а її стегна та коліна повинні бути максимально зігнуті та прижаті до грудей. Необхідно провести достатню епізіотомію. Вивільняти плічка плода необхідно потягуванням його тіла вниз одночасно з потугою при/або без одночасного тиску на надлобкову ділянку, або при супутній ротації пальцями лікаря плечового поясу плода.

У роділь із великим плодом частіше доводиться застосовувати оперативне завершення пологів (кесарів розтин, плодорушнівіні операції).

### **Показання до кесаревого розтину у випадку великого плода:**

- клінічно вузький таз;
- тазове передлежання;
- слабкість пологової діяльності;
- дистрес плода.

Профілактика розвитку великого плода і ускладнень під час пологів: своєчасна діагностика можливих причин розвитку великого плода, тобто виявлення жінок групи високого ризику (ожиріння, цукровий діабет та ін.), своєчасне надання поради щодо режиму харчування та оптимального

фізичного навантаження, своєчасна діагностика великого плода і ретельний моніторинг за вагітною та роділлемою.

### **ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ**

Перерахування питань, що підлягають вивченню:

1. Визначення поняття «анатомічно вузький таз».
2. Тактика ведення пологів при різних формах вузького таза.
3. Визначення поняття «клінічно вузький таз».
4. Причини, які спричиняють розвиток великого плода.

Перерахування завдань та умінь, які необхідно виконати:

1. Діагностувати різні форми анатомічно вузького таза при зовнішній пельвіометрії.
2. Діагностувати різні форми та ступінь звуження анатомічно вузького таза при внутрішній пельвіометрії.
3. Демонструвати на фантомі біомеханізм пологів при різних формах звуження таза.
4. Демонструвати на фантомі методи оцінки відповідності розмірів таза і голівки плода (ознака Генкель–Вастена, розмір Цангемейстера).
5. Оцінювати фактори ризику розвитку клінічно вузького таза при великому плоді.

### **ТЕСТИ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗАКЛЮЧНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ**

1. Вагітна 23 років, вагітність – 10–11 тиж. При обстеженні для взяття на облік у жіночій консультації встановлені наступні розміри таза: 22–25–28–17. Діагональна кон'югата – 10 см. Істинна кон'югата – 8,5 см. Який ступінь звуження таза?

*A. I.*

*C. III.*

*B. II.*

*D. IV.*

2. Пологи I. Розміри таза: 25–28–31–20 см. Очікувана маса плода – 4 000 г. Серцебиття плода 140 уд/хв, ритмічне. Пологова діяльність активна. Відійшли чисті навколоплідні води. Ознака Вастена – врівень, шийка матки згладжена, розкрита на 3 см, плідний міхур відсутній, голівка притиснута до входу в малий таз, стрілоподібний шов у правому косому розмірі площини входу. Мис не досягається. Які дані вагінального дослідження не дозволяють встановити діагноз клінічно вузького таза?

*A. Розкриття шийки матки 3 см.*

*B. Відсутність плідного міхура.*

*C. Ознака Вастена – врівень.*

*D. Нормальна скорочувальна діяльність матки.*

3. Роділля з передбачуваною масою плода 4 100 г. Другий період пологів. Народилась голівка плода. Плічка не народжуються. Плід починає страждати. Що необхідно зробити?

*A. Кесарський розтин.*

*B. Накласти акушерські щипці.*

*C. Перинеотомію, максимально притиснути коліна та стегна до грудей.*

*D. Заправити голівку плода в таз.*

4. У пологовий будинок поступила вагітна з великим плодом у тазовому передлежанні у термін вагітності 38 тиж. При обстеженні встановлено простий плоский таз I ступеня звуження. Яку тактику Ви обиратиме?

*A. Негайний кесарів розтин.*

*B. Роди через природні пологові шляхи.*

*C. Кесарів розтин у термін пологів.*

*D. Тактику визначити в пологах.*

### ТИПОВІ СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ ДЛЯ ПЕРЕВІРКИ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

1. Роділля 27 років, вагітність доношена, перейми протягом 7 год, останні 30 хв потужного характеру, води відійшли до початку переймів, голівка плода над входом у малий таз, симптом Вастена позитивний, ВДМ – 41 см, ОЖ – 112 см. Стан плода задовільний. Відкриття шийки матки повне. Встановити діагноз, тактику ведення пологів.

2. Вагітна 17 років, набрала за вагітність 21 кг, ВДМ – 42 см, ОЖ – 115, термін вагітності 39–40 тиж, за даними обстеження у вагітної загальнозвужений таз I ступеня та дистрес плода. Яка тактика?

3. Пологи I. Розміри таза: 23–26–29–17 см. Очікувана маса плода – 3 000 г. Перейми активні: по 40 с через 10 хв. Вагінальне дослідження: розкриття шийки матки на 5 см, плодовий міхур цілий. Голівка плода малим сегментом у вході в малий таз. Мис досягається. Діагональна кон'югата 10 см. Встановіть діагноз. Визначте тактику лікаря.

4. Пологи I. Розміри таза: 25–28–31–20 см. Очікувана маса плода – 4 500 г. Серцебиття плода 140 уд/хв, ритмічне. Пологова діяльність активна. Відійшли чисті навколоплідні води. Ознака Вастена позитивна. Вагінальне дослідження: розкриття шийки матки повне, плідний міхур відсутній, голівка притиснута до входу в малий таз, стрілоподібний шов у правому косому розмірі площини входу. Мис не досягається. Встановіть діагноз. Визначте тактику лікаря.

#### Відповіді

	1	2	3	4	5
Тест 1	В	А	С	А	А
Тест 2	В	А	С	С	–

**Відповіді на ситуаційні задачі:**

1. Клінічно вузький таз. Кесарів розтин.
2. Кесарів розтин.
3. Загальнозвужений таз I ступеня. Очікувальна тактика.
4. Клінічно вузький таз. Кесарів розтин.



**ЛІТЕРАТУРА**

Основна:

1. Акушерство. Підручник / за ред. В. І. Грищенка, М. О. Щербини. – К., 2012.

Додаткова:

1. Сапин М. Р. Анатомия человека / М. Р. Сапин, Г. Л. Балич. – М. : Медицина, 1996.

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

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

*Навчальне видання*

**ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ  
ПРИ АНОМАЛІЯХ КІСТКОВОГО ТАЗА.  
ПРОБЛЕМА МАКРОСОМІЇ  
В АКУШЕРСТВІ**

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

Упорядники      Щербина Микола Олександрович  
                          Потапова Лілія Вікторівна  
                          Юркова Ольга Валентинівна

Відповідальний за випуск      О. О. Кузьміна



Редактор Л. О. Сілаєва  
Коректор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

План 2015, поз. 7.  
Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 1,0.  
Зам. № 15–3298.

---

**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, виготовників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.





**ВЕДЕННЯ  
ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ  
ПРИ АНОМАЛІЯХ КІСТКОВОГО ТАЗА.  
ПРОБЛЕМА МАКРОСОМІЇ В АКУШЕРСТВІ**

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