

Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології

Тазове передлежання плода: ведення вагітності та пологів

Аномалії кісткового тазу

Завідувач кафедри, д.
мед.н., професор Генік
Н.І.



Класифікація

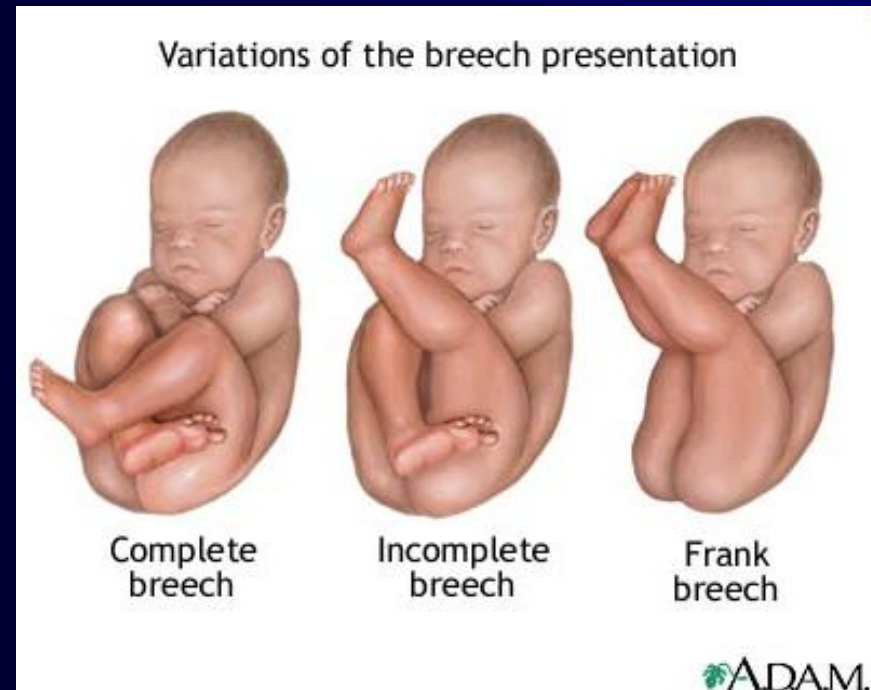
I. Сідничне передлежання:

- неповне або чисто сідничне (передлежать сіднички плода) – 50-70%;
- повне або змішане сідничне (передлежать сіднички разом із ніжками плода) – 5-10%.

II. Ніжне передлежання

– 10-30%:

- неповне (передлежить одна ніжка плода);
- повне (передлежать обидві ніжки плода);
- колінне передлежання.



Причини, що викликають тазове передлежання плоду

1. Зниження збудливості матки, її тонусу.
2. Багатоводдя при вагітності, надмірна рухливість плоду.
3. Недоношена вагітність.
4. Маловоддя при вагітності.
5. Аномалії матки.
6. Вузький таз у жінки.
7. Неправильне розташування плаценти.
8. Пухлини матки.
9. Аномалії розвитку дитини (гідроцефалія).



Діагностика

Зовнішнє акушерське дослідження:

- в області дна матки визначають округлу, щільну, балотуючу голівку;
- над входом або у вході малого тазу пальпують неправильної форми передлеглу частину плода м'якої консистенції, що не балотує;
- аускультацію серцебиття плода проводять залежно від позиції справа або зліва вище пупка.



Внутрішнє акушерське дослідження:

- передлежача частина м'яка, неправильної форми без тім'ячок, швів;
- при чисто сідничному – статеві органи, анальний отвір, куприк, паховий згин;
- при мішаному – сідниці і ніжки з п'ятковими буграми, рівними і короткими пальчиками.



УЗД

- передлежання плода,
- очікувана маса плода,
- положення голівки (ступінь розгинання),
- локалізацію плаценти,
- кількість навколоплідних вод,
- обвиття пуповиною,
- наявність аномалії розвитку плода.



За величиною кута між шийним відділом хребта та потиличною кісткою плода розрізняють **4 варіанти положення голівки**:

- голівка зігнута, кут більше 110° ;
- голівка слабо розігнута, "поза військового" - I ступінь розгинання голівки, кут $100 - 110^\circ$;
- голівка помірно розігнута - II ступінь розгинання, кут $90-100^\circ$;
- надмірне розгинання голівки - III ступінь, "плід дивиться на зірки", кут $<90^\circ$.

Вправи для корекції положення дитини в матці.

При виконанні вправ поворот дитини в матці в головне передлежання відбувається в 75% випадків.

Гінеколог повинен обов'язково обстежити жінку перед тим, як рекомендувати виконання цих вправ: їх виконання протипоказано при неправильно розташованій плаценті, при загрозі переривання вагітності, розкритті шийки матки, при пухлинах матки, а також гіпертонії вагітної, цукровому діабеті та інших важких захворюваннях.

- Лягти на плоску тверду поверхню, на бік відповідно до позиції плода. Полежати так 10 хв., потім повільно перевернутися на інший бік і лежати стільки ж часу на іншому боці. Виконувати вправу слід 3 рази щодня, а спати потрібно на тому боці, у бік якого лежить головка малюка.**
- У положенні лежачи на спині потрібно покласти під поперек і таз подушку заввишки 20 – 30 см., а ноги підняти з упором на стілець. Лежати в цьому положенні 15 хв. по 2 рази щодня. Вправу потрібно виконувати на голодний шлунок, при доброму самопочутті.**
- Плавання - це відмінна і легка гімнастика. Вода здатна розслабити тонус матки, дозволяючи плоду вільніше пересуватися.**

Фізкультурні заняття:

1 – вступні вправи - ходьба на місці з розмахуванням руками і рівномірним глибоким диханням (1 хв.);

2 – основний комплекс – нахили тулуба вперед і в сторони, підтягування стегон до живота при зігнутих колінах;

3 – заключний етап – вправи для скорочення м'язів тазу та тазового дна.



4. Методика Гріщенко і Шулешової.

Ввідна вправа:

- Початкове положення - ноги розставлені на ширину плечей, руки опущені уздовж тулуба. По рахунку «раз» руки підняти в сторони долонями вниз, підтягтися на шкарпетках, небагато прогнути спину і одночасно зробити глибокий вдих. По рахунку «два» руки опустити в початкове положення і зробити видих.
- Вправа є розминкою і повторюється 3 - 4 рази.

Основна вправа:

- Лягти на жорстку кушетку, на бік однойменний позиції плоду. Ноги зігнути в колінах і кульшових суглобах; лежати спокійно 5 хв.
- Роблячи глибокий вдих, перекинутися через спину на протилежний бік. Лежати спокійно із зігнутими ногами 5 хв.
- Залишаючись на боці, випрямити верхню ногу. Зробивши глибокий вдих, різко зігнути випрямлену ногу в колінному і кульшовому суглобах, обхватити руками коліно.
- При цьому нахилитися вперед, описуючи зігнутою ногою півколо всередину. Видих.
- Глибокий подовжений вдих. Ногу випрямити і опустити.
- Повторити вправу через 5 хв.
- Вправу виконувати 5-6 разів на день.

Завершальна вправа:

- Лежачи на спині із зігнутими і дещо розведеними стегнами, упор на стопи, розведення на ширину плечей.
- Руки вздовж тулуба. По рахунку «раз» робиться вдих і підводиться таз (упор при цьому на плечі і стопи). По рахунку «два» прийняти початкове положення і зробити видих.
- Вправу повторюють 5 - 6 разів.



5. Методика Брюхіної, Грищенко і Шулешової.

- Лягти на бік, протилежний позиції плоду.
- Ноги зігнуті в кульщовому і колінному суглобах. Лежати 5 хв.
- Випрямити верхню ногу, потім з вдихом притиснути її до живота і випрямити з видихом, злегка згинаючись вперед і даючи легкий поштовх у бік спинки дитини.
- Повторювати цей рух повільно 10 хв.
- Лежати 10 хв без руху.
- Прийняти колінно - ліктьове положення на 5-10 хв.

Зовнішній поворот плода на голівку

Показання:

- сідничне передлежання в терміні 34 – 36 тиж. вагітності та живому плоді.

Умови:

- нормальні розміри малого тазу;
- спорожнений сечовий міхур вагітної;
- можливість проведення УЗД (передлежання і стан плода до та після проведення повороту);
- задовільний стан плода за БПП та відсутність аномалій розвитку;
- нормальна рухливість плода, нормальна кількість навколоплідних вод;
- нормальний тонус матки, цілий плодовий міхур;
- готовність операційної для надання екстреної допомоги у разі виникнення ускладнень;
- наявність досвідченого кваліфікованого фахівця, який володіє технікою повороту.

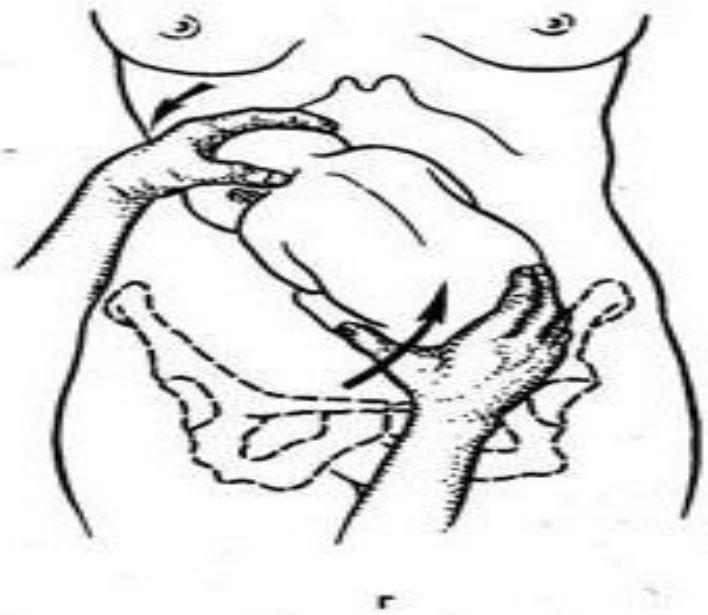
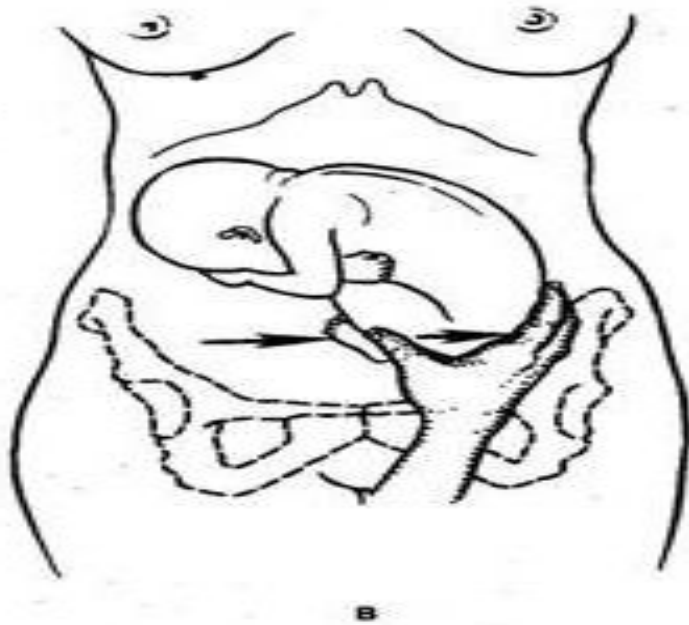
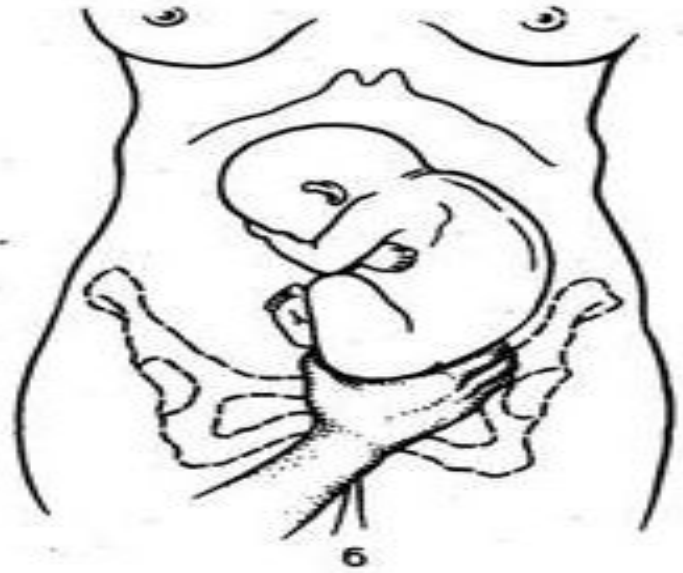
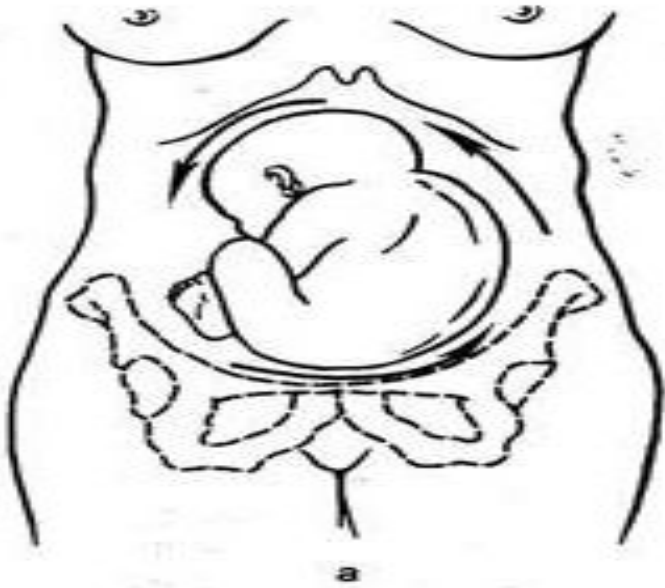
Протипоказання:

- ускладнення перебігу вагітності на момент прийняття рішення про зовнішній поворот (кровотеча, дистрес плода, прееклампсія);
- ОАГА (звичне невиношування, перинатальні втрати, безпліддя в анамнезі);
- 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, злукова хвороба;
- гідроцефалія та пухлини шиї плода;
- аномалій розвитку матки;
- пухлини матки та придатків матки.

Техніка зовнішнього повороту плода на голівку:

- положення жінки на боці, з нахилом 30-40° в сторону спинки плода;
- сідниці плода відводять від входу малого таза долонями лікаря, введених між лоном та сідницями плода;
- обережно зміщують сідниці плода у бік позиції плода;
- зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції;
- закінчують поворот шляхом зміщення голівки плода до входу малого тазу, а сідниць - до дна матки.

Якщо перша спроба повороту була невдалою, проведення другої є недоцільним.



Ускладнення:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- дистрес плода;
- розрив матки.

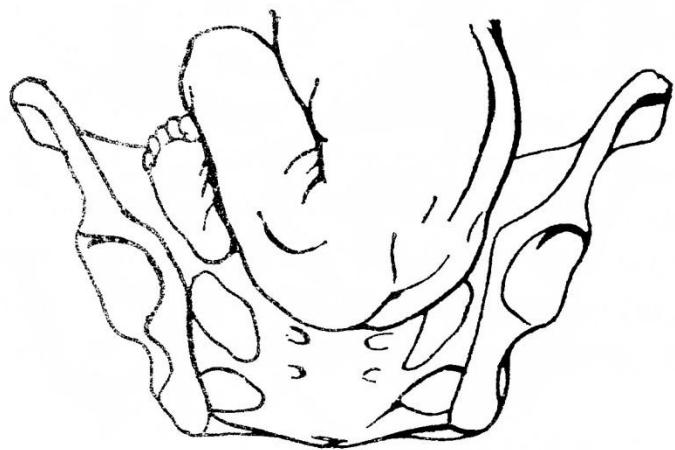
У разі обережного та кваліфікованого виконання зовнішнього повороту плода на голівку частота ускладнень не перевищує 1% (А).

Особливості перебігу вагітності та пологів

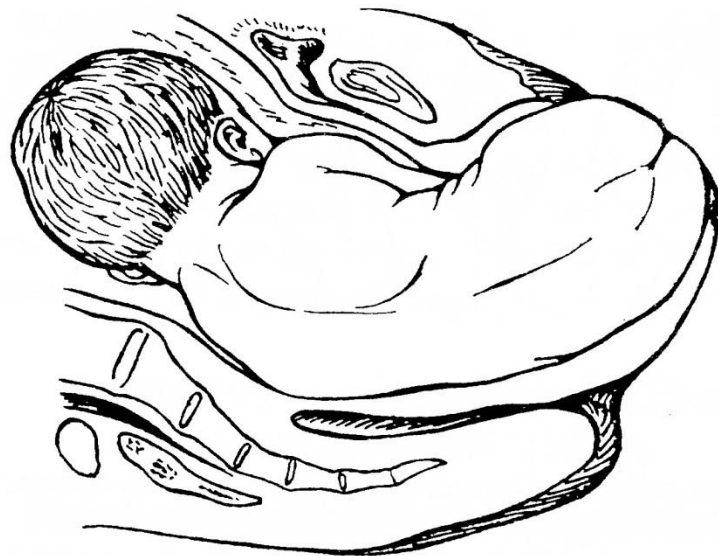
- Раннє або передчасне відходження навколоплідних вод
- Слабкість пологової діяльності
- Затяжні пологи
- Травматизм матері і плоду
- Дистрес плоду

Біомеханізм пологів

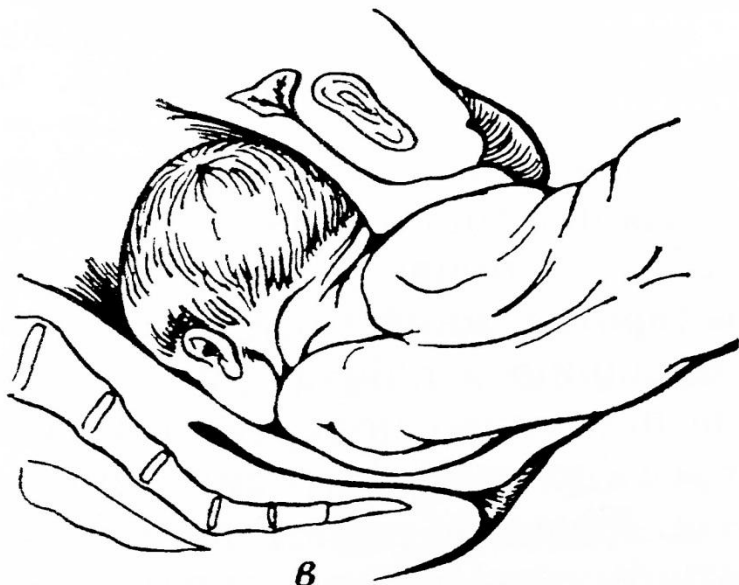
- 1 момент – внутрішній поворот сідниць;
- 2 момент – бокове згинання тулуба у крижово-поперековому відділі хребта;
- 3 момент – поворот плечиків;
- 4 момент – бокове згинання у шийно-грудному відділі хребта;
- 5 момент – внутрішній поворот голівки;
- 6 момент – згинання голівки



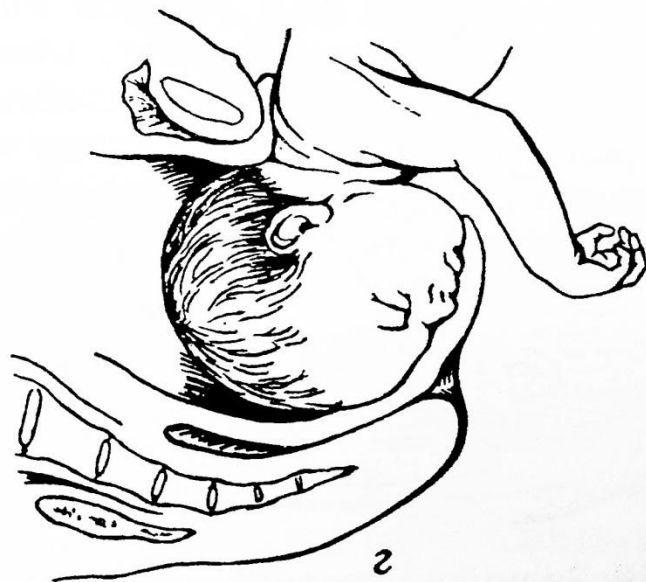
a



b



b



2

Показання до планового кесаревого розтину

- маса плода ≥ 3700
- ножне передлежання
- розгинання голівки III ступеня
- пухлини шиї плода, гідроцефалія



Крижово-куприкова
тератома

Консервативне ведення пологів при тазовому передляганні плода

Перший період пологів:

- ліжковий режим, жінка лежить на боці позиції плода;
- ведення партограми (без заповнення таблиці 2 на партограмі), реєстрація КТГ протягом 15 хвилин кожні 2 години;
- у разі розриву плодових оболонок негайно провести внутрішнє акушерське дослідження для виключення випадіння пуповини;

Ускладнення в I періоді пологів

- Передчасне та раннє відходження навколоплідних вод
- Слабкість пологових сил
- Випадіння дрібних частин плоду і петель пуповини
- Дистрес плоду
- Затяжний перебіг пологів
- Інфікування

II період пологів

- ведеться з мобілізованою веною для внутрішньовенного введення 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину NaCl (до 20 крапель за хвилину);
- за показаннями проводиться епізіотомія, пудендальної анестезії;
- ведеться у присутності анестезіолога, неонатолога;
- пологи у сідничному передлежанні мають проводити досвідчені кваліфіковані фахівці

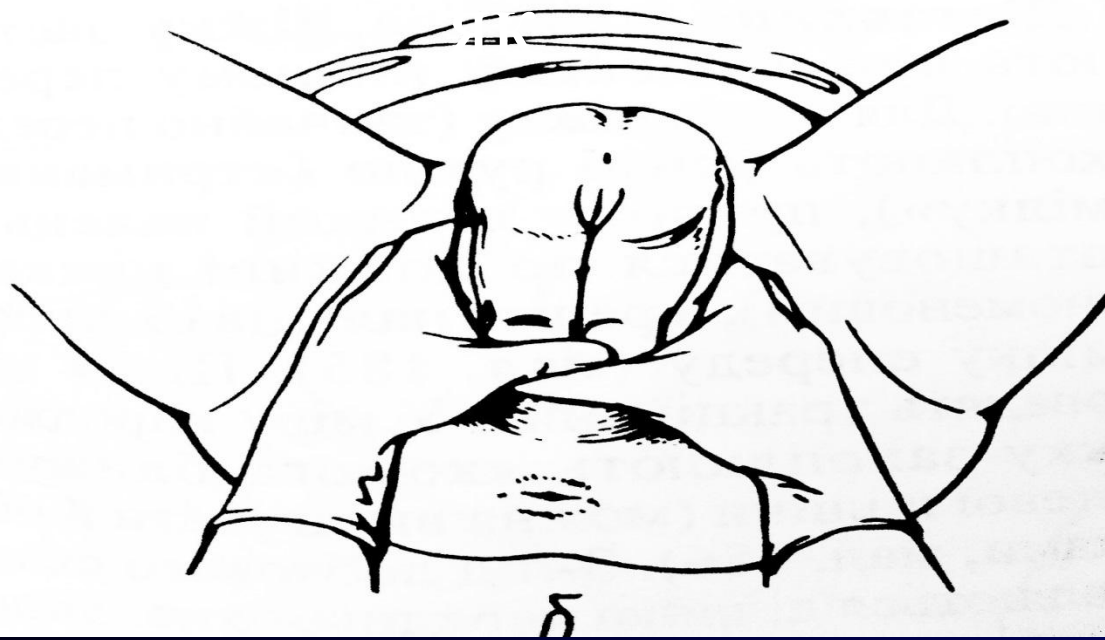
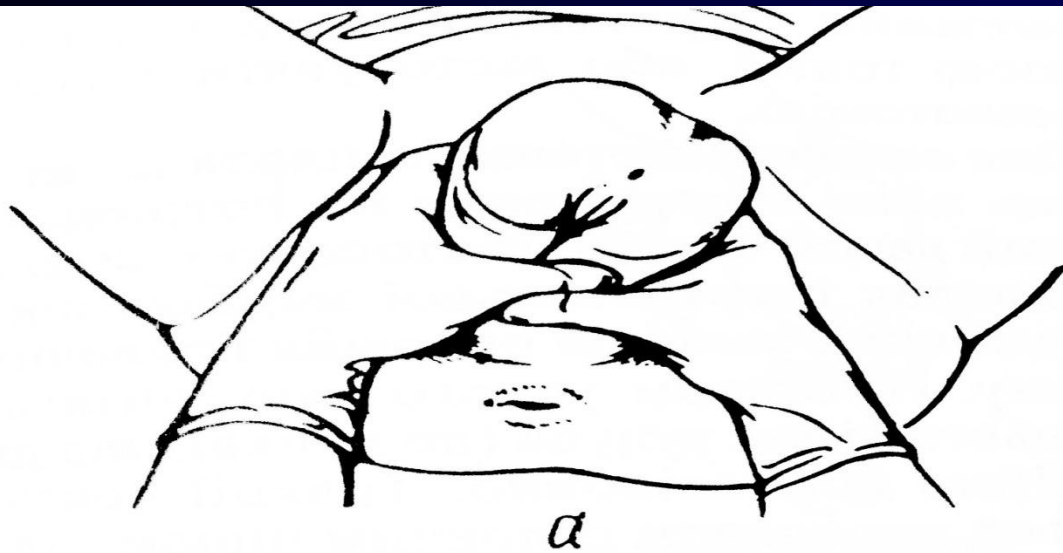
Етапи народження плода

- Народження до пупка
- Народження від пупка до нижнього кута лопаток
- Народження ручок плода
- Народження голівки

Неповне та повне сідничне передлежання

Народження до пупка (народження сідниць та ніжок)

- під час врізування сідниць пропонуйте жінці тужитись;
- якщо промежина погано розтягується, проведіть епізіотомію;
- дозвольте сідницям народжуватись самостійно до пупка, підтримуючи ніжки витягнутими вдовж тулуба і приведеними до живота, відповідно до біомеханізму пологів;
- **великі пальці рук лікаря знаходяться на задній поверхні стегон, а чотири пальці на попереково-крижовій області плода, щоб не *пошкодити* нирки або печінку плода;**
- **обережно підтримуйте сідниці, але не тягніть їх!**



Народження від пупка до нижнього кута лопаток

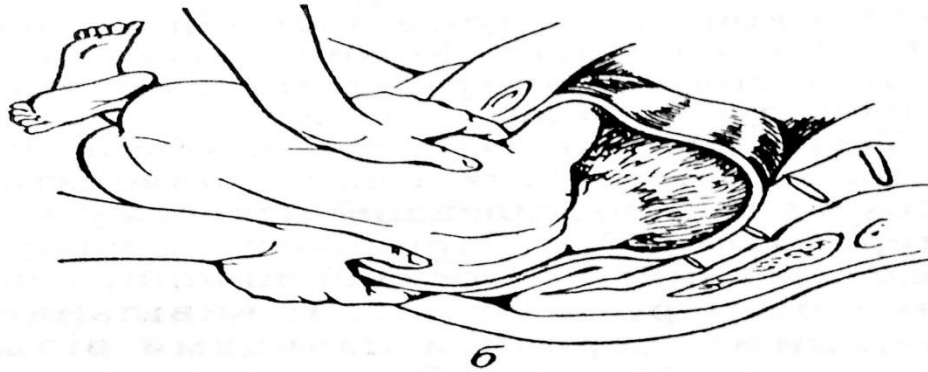
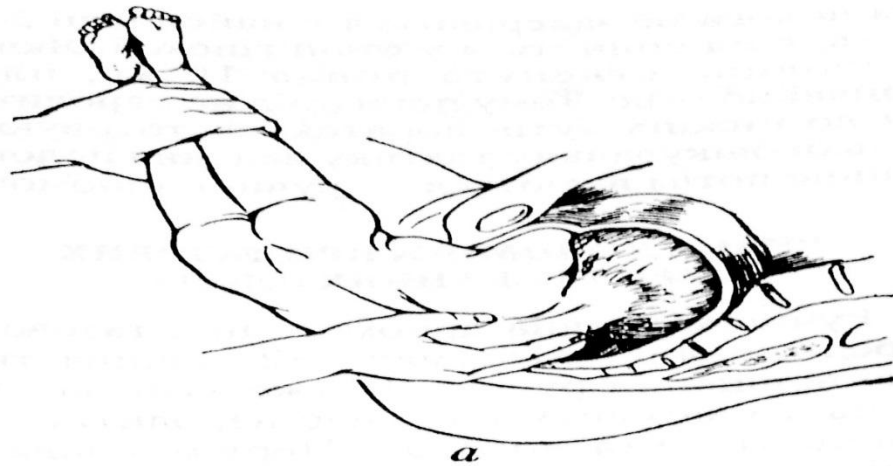
- жінка продовжує тужитися;
- плід, що народився до пупка захоплюють великими пальцями в області сідниць та крижів, чотири пальці розташовують у ділянці стегон спереду;
- тулуб відхиляється донизу (дозаду) поки не з'являється нижній кут лопаток. Плечики плода у цей час розташовані в прямому чи злегка косому розмірі виходу таза;

Народження плечового поясу

- під час тракції донизу (дозаду) із-під симфізу народжується передня ручка;
- після самостійного народження передньої ручки, піднімають сідниці до живота матері, щоб дати можливість задній ручці народитись самостійно;
- у разі, коли ручки плода не народжуються самостійно, цей стан розцінюють як закидання ручок і негайно переходять до надання класичної ручної допомоги для виведення плечового поясу плода.

Класична ручна допомога

- однією рукою (при I позиції – лівою) беруть ніжки плода в області гомілкових суглобів і відводять їх догори (вперед) та в сторону протилежну спинці плода, ближче до стегна роділли (при I позиції – до правого стегна);
- вводять другу руку у піхву до крижової впадини роділли по спинці плода, а далі по плечу доходяють до ліктьового згину і виводять задню ручку;
- вивільнення ручки плода проводять за ліктьовий згин (не за плечову кістку!) таким чином, щоб вона зробила “вмивальний” рух;
- передню ручку виводять, після переведення її у задню, також зі сторони крижової впадини;
- захоплюють обома руками плід за таз та передню частину стегон (не торкатися живота плода – 4 пальці кожної руки на стегнах, а великі пальці на сідницях плода) і повертають його на 180°;
- спинка плода у цей час проходить під симфізом;
- звільняють другу ручку аналогічно першій з боку крижової впадини.



а- виведення
задньої ручки

б- поворот
тулуба плода
для
вивільнення
задньої ручки

в- виведення
голівки плода

Народження голівки

При неускладненому перебігу пологів, відсутності закидання ручок голівка плода народжується у стані згинання:

- підводять руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя;
- асистент допомагає народженню голівки плода шляхом помірного тиску над лоном, що попереджує розгинання голівки;
- опускають тулуб плода нижче рівня промежини для формування точки фіксації підпотиличної ямки з нижнім краєм лонного зчленування;
- піднімають тулуб плода вище рівня промежини;
- голівка плода народжується у стані згинання самостійно, навколо сформованої точки фіксації.

Якщо в пологах надавалась класична ручна допомога для виведення плечового поясу та ручок плода, народженню голівки допомагають прийомом **Морісо-Левре-Ляшапель:**

- підведіть руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя;
- вказівний та безіменний палець цієї руки розташовують на верхній щелепі плода (альвеолярний відросток), а середній палець вводять в рот плода для відведення щелепи вниз і згинання голівки;
- використовуйте іншу руку для захоплення плечиків плода з боку спинки;
- вказівним і середнім пальцями верхньої руки обережно зігніть голівку плода у напрямку до грудини, доки прикладений знизу тиск на щелепу не призведе до появи межі волосистої лінії голівки плода;
- зробіть тракцію на себе;
- асистент натискує долонною поверхнею руки над лонним зчленуванням роділля, фіксуючи голівку плода у положенні згинання;
- обережно зробіть тракцію догори (вперед) для народження голівки плода у зігнутому положенні.

Ніжне передлежання:

У випадку ніжного передлежання розродження проводять шляхом кесаревого розтину (А).

Проводять пологи через природні статеві шляхи у разі ніжного передлежання лише у наступних випадках:

- у II періоді пологів – надають ручну допомогу за методом Н.А. Цов'янова II з метою повного розкриття шийки матки і опускання сідниць плода;
- народження другого плода у разі багатоплідної вагітності;

Операція витягнення плода за тазовий кінець

У разі необхідності (дистес плода, передчасне відшарування плаценти, еклампсія і т.д.) у II періоді пологів (сіднички плода на тазовому дні або врізуються) розродження проводять шляхом операції екстракції плода за тазовий кінець.

Варіанти операції:

- Витягнення плода за паховий згин
- Витягнення плода за одну або дві ніжки

Етапи операції

Витягнення плода до нижнього кута лопатки

Витягнення плечей

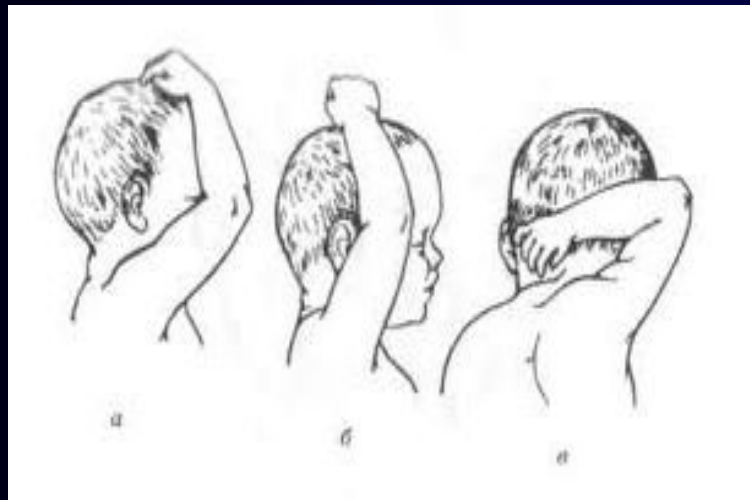
Звільнення голівки плода

Правила:

- Захоплювати передню ніжку при ніжних передляганнях. При сідничних – вказівний палець вводиться в передню пахову складку.
- Уникати кругового захоплення ніжки з метою запобігти її перелому
- Тракції проводити відповідно до провідної осі тазу і положення тазової частини плода.

Ускладнення в II періоді пологів

- Вколочування сідниць
- Виникнення заднього виду
- Запрокидування ручок плода



- Спазм шиики матки
- Затруднене виведення голівки

В акушерстві виділяють поняття анатомічно і клінічно вузького тазу.

• **Анатомічно вузький таз** - таз, в якому хоча б один з його розмірів (діаметрів) зменшений на 1,5-2 см. Анатомічно вузький таз може бути функціонально повноцінним, якщо розміри плода є невеликими, а ступінь звуження таза є малим. Якщо розміри плода не відповідають розмірам тазу, то такий таз буде не лише анатомічно, а й клінічно вузьким (диспропорція між розмірами голівки плода і тазу матері, плодово-тазова диспропорція, клінічно вузький таз). Частота анатомічно вузького таза не перевищує 1-7 % і частіше зустрічається при малому зрості жінки (< 152 см).

- **Клінічно вузький таз** - це таз нормальної форми і розмірів, який стає функціонально вузьким протягом пологів (виникає диспропорція між розмірами плода і таза матері). Причинами клінічно вузького таза можуть бути великі розміри плода, аномальні передлежання плода, пухлини тазу, які створюють механічні перешкоди просуванню плода пологовим каналом.

Використовуються класифікації вузьких тазів за формою, ступенем та рівнем (порожниною) звуження.

Виділяють чотири ступені звуження таза, які визначають за величиною справжньої кон'югати:

- при I ступені звуження таза справжня кон'югата становить 9-11 см;
- при II - 7- 9 см,
- при III - 5-7,5 см;
- при IV - менше 5 см.

При I ступені звуження таза і невеликих розмірах плода пологи звичайно закінчуються спонтанно, але можуть ускладнюватись аномальними передлежаннями голівки, слабкістю пологової діяльності (гіпотонічною дисфункцією матки), розвитком клінічно вузького таза (плодово-тазової диспропорції). При більших ступенях звуження таза пологи є небезпечними (при II ступені звуження) або неможливими (при III IV ступені), що потребує виконання кесаревого розтину

Класифікація таза за формою звуження

включає типи таза, що зустрічаються часто і рідкісні типи.

До рідкісних типів належать

- **косозміщений** (асиметричний таз при вкороченій одній кінцівці)
- **косозвужений таз**, а також таз, деформований внаслідок екзостозу.

До типів звуження таза, що зустрічаються частіше, належать

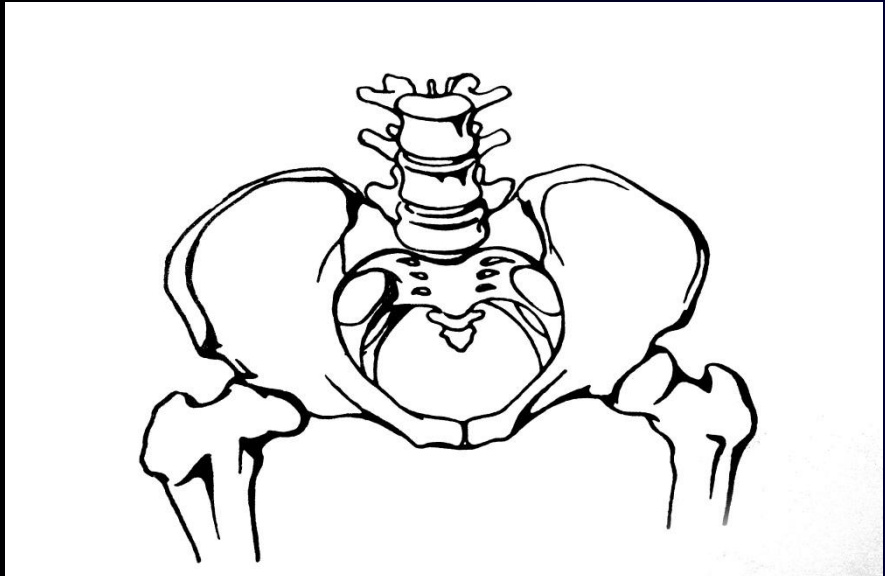
- **загальнорівномірнозвужений** таз (аналог антропоїдного тазу),
- **плоский таз** (аналог платипелоїдного) і
- **поперечно звужений таз** (аналог андроїдного тазу).

Розміри тазу визначають при антенатальному обстеженні вагітної шляхом клінічної та, у разі необхідності, магнітно-резонансної пельвіметрії.

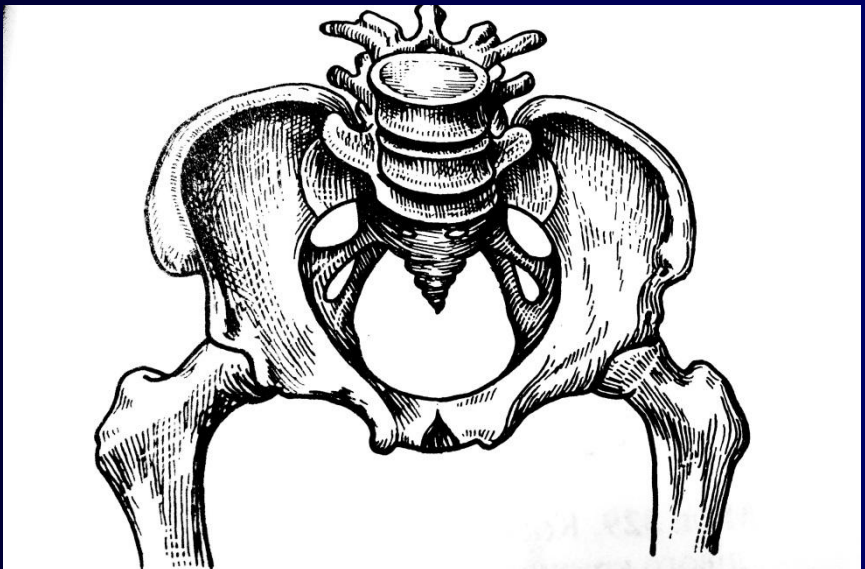
Типи вузьких тазів за формою звуження

| Загальнорівномірнозвужений таз (пропорційне зменшення всіх діаметрів таза) | Інфантильний Чоловічий Карликовий |
|---|--|
| Плоский таз (зменшення прямих діаметрів таза) | Простий плоский таз (зменшені всі прямі діаметри) Плоскоракітичний таз (зменшений лише прямий діаметр площини входу в таз, інші - нормальні) Таз зі зменшенням прямого діаметра площини широкої частини порожнини таза |
| Поперечно звужений таз (зменшення поперечних розмірів) | Звуження поперечних діаметрів тазу (чоловічий тип будови тіла, зменшення поперечного розміру крижового ромба 10 см, гострий підлобковий кут) |

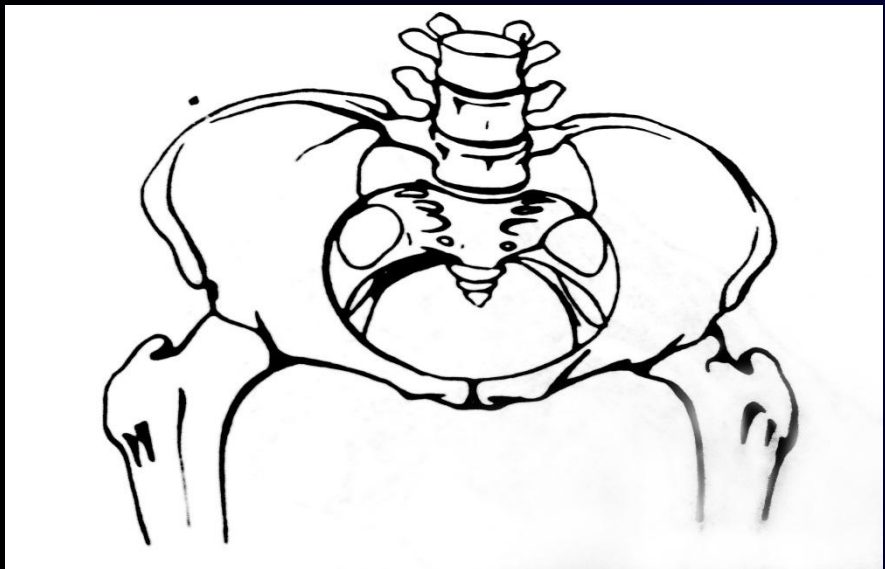
Загальнорівномірнорозвужений



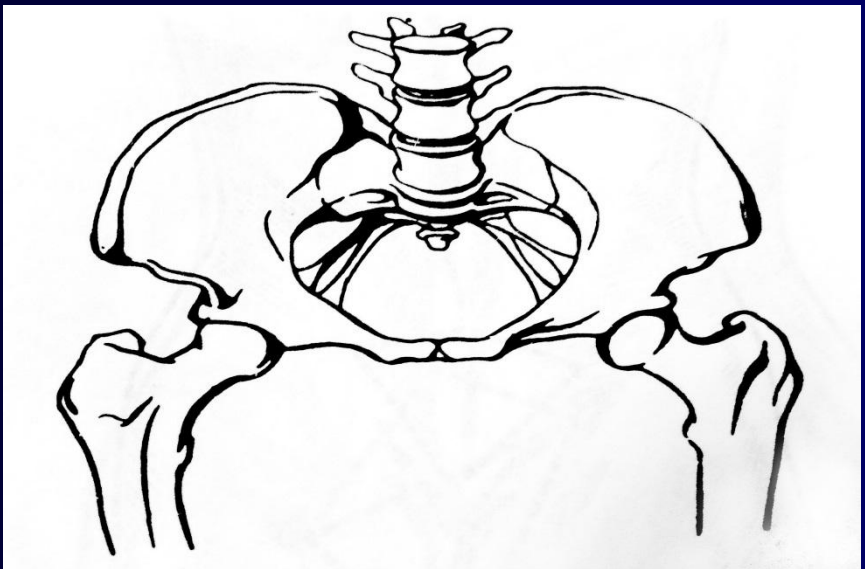
Чоловічий таз



Простий плоский таз



Плоскоррахітичний таз



Біомеханізм пологів при вузькому тазі

Поперечно звужений таз характеризується зменшенням поперечних діаметрів малого тазу за відсутності змін або збільшенні його прямих діаметрів. Зовнішня пельвіметрія є малоінформативною. Характерним є чоловічий тип будови тіла, зменшення поперечного розміру крижового ромба, гострий підлобковий кут, зближення сідничих остей.

Біомеханізм пологів при поперечно звуженому тазі при невеликих розмірах плода і незначному звуженні таза подібний до такого самого при потиличному передлежанні. При більших ступенях звуження голівка плода вставляється сагітальним швом у прямому розмірі входу в таз, частіше обличчям допереду (високе пряме стояння голівки). За відсутності збільшення прямого діаметра спостерігається передній асинклітизм (спочатку вставляється передня тім'яна кістка). Після згинання голівки вона проходить у вихід тазу в тому ж прямому розмірі, не здійснюючи внутрішнього повороту. Мале тім'ячко підходить під лобкову дугу, і голівка розгинається. Тривалість пологів збільшується. Голівка має виражену конфігурацію і пологову пухлину.

Простий плоский таз

-характеризується зменшенням усіх прямих діаметрів тазу при нормальних поперечних діаметрах: (distantia interspinosa - 25 см, distantia intercristalis - 28 см, distantia intertrochanterica - 31 см), conjugata externa - 17,5 см. Вертикальний розмір ромба Міхаеліса є зменшеним. Має місце сплюснення крижів, зменшення діагональної кон'югати.

Біомеханізм пологів при плоскому тазі відрізняється тим, що голівка вставляється сагітальним швом у поперечному розмірі входу в таз, можливе її розгинання. При опусканні голівки в таз наявний передній або задній асинклітизм.

Плоскоррахітичний таз

При плоскоррахітичному тазі крила клубових кісток розгорнуті, зовнішні розміри великого тазу наближені один до одного (*distantia interspinosa* - 26 см, *distantia intercrystalis* - 27 см, *distantia intertrochanterica* - 30 см), *conjugata externa* - 17,5 см. Верхня частина крижового ромба сплюснена, вертикальний розмір зменшений. Має місце випинання мису крижів, плоскі, відхилені дозаду крижі.

Біомеханізм пологів при плоскоррахітичному тазі характеризується вставленням голівки, як і при простому плоскому тазі (деяке розгинання голівки - передньоголовне передлежання, вставлення в поперечному розмірі («високе поперечне стояння голівки», передній асинклітизм)). Голівка може швидко пройти всі площини таза й опуститися на тазове дно в поперечному розмірі («низьке поперечне стояння голівки»)

Загальнорівномірно звужений таз

- характеризується зменшенням усіх розмірів тазу на однакову величину: *distantia interspinosa* - 23 см, *distantia intercrystalis* - 25 см, *distantia intertrochanterica* - 27 см, *conjugata externa* - 17 см. Крижовий ромб Міхаеліса симетричний, з однаковим зменшенням поперечного і поздовжнього розмірів.

Біомеханізм пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі має такі особливості: вставлення голівки відбувається сагітальним швом у косому діаметрі входу таза шляхом додаткового згинання; провідною точкою є мале тім'ячко, спостерігається тривалий внутршній поворот голівки, формується доліхоцефалічна конфігурація голівки з великою пологовою пухлиною у ділянці малого тім'ячка..

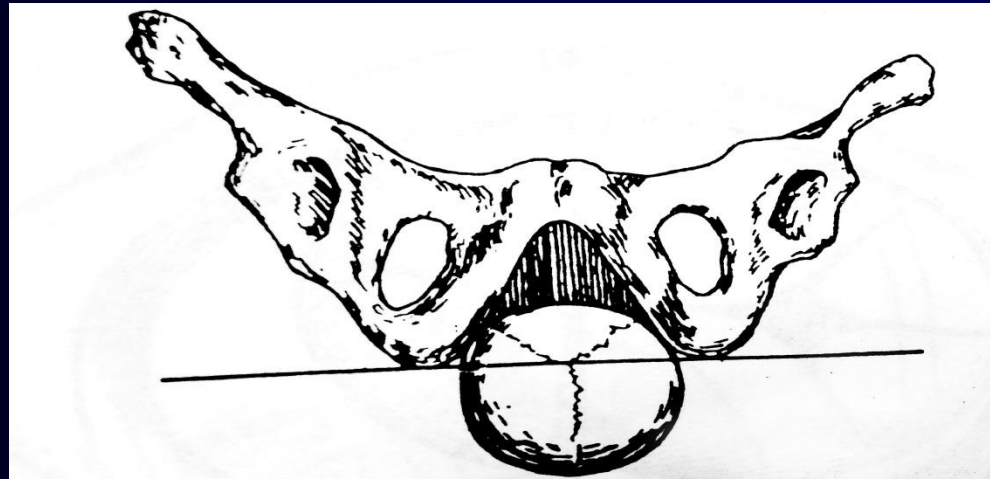
Всі етапи біомеханізму пологів подібні до таких самих при потиличному передлежанні, але відбуваються більш повільно.

Доліхоцефлічна форма

Максимальне згинання голівки



Проходження голівки під лобковою дугою



Клінічно вузький таз

Особливості перебігу пологів. При диспропорції (невідповідності) між голівкою плода і тазом матері може мати місце уповільнення перебігу пологів, передчасний розрив плодових оболонок, слабкість пологової діяльності, гіпоксія і травма плода, аномальні (розгинальні, складні) передлежання плода. Голівка має виражену конфігурацію, спостерігається помірний асинклітизм. Відсутність вставлення голівки створює умови для випадіння пупкового канатика і дрібних частин плода. Тривалий безводний період створює реальну загрозу розвитку інфекції.

Уповільнене просування передлежачої частини плода потребує активної пологової діяльності. Надмірна, бурхлива пологова діяльність може бути причиною передчасного відшарування плаценти, гострої гіпоксії плода, емболії навколоплідними водами, розвитку післяпологових гіпотонічних та атонічних кровотеч. Стоншення і перерозтягнення нижнього маткового сегмента внаслідок диспропорції може призвести до утворення патологічного ретракційного кільця.

Фізіологічне ретракційне кільце утворюється на межі між тонким, розгорнутим м'язовим шаром нижнього сегмента матки і більш товстим м'язовим шаром тіла матки. Якщо стоншення нижнього сегмента є надмірним, то це контракційне кільце стає вираженішим і піднімається вище, утворюється так зване патологічне ретракційне кільце Бандля.

При тривалому стоянні голівки плода в одній площині тазу існує загроза ішемії та некрозу тканин тазових органів, що може призвести до утворення післяпологових фістул (везиковагінальних, ректовагінальних і везикоцервікальних), травми тканин діафрагми дна (m. pubococcygeus, m. levator ani). Це в подальшому може сприяти розвитку стресового нетримання сечі, генітальних пролапсів тощо.

Ознаками абсолютної невідповідності між розмірами голівки плода і тазу матері є такі:

- відсутність просування голівки при активній пологовій діяльності;
- затримка сечовипускання або поява домішок крові у сечі;
- набряк шийки матки, який створює картину неповного розкриття;
- поява потуг при високо розміщеній голівці;
- позитивна ознака Вастена або симптом Цангемейстера.

Ознака Вастена

-оцінюється при повному відкритті шийки матки, розриві плодових оболонок і вставленні голівки плода у вхід таза. Сечовий міхур повинен бути випорожненим.

У горизонтальному положенні роділлі акушер ковзаючими рухами вказівного і середнього пальців у напрямку від поверхні лобкової дуги до голівки плода з'ясовує співвідношення між нею і тазом матері.

Якщо голівка плода стоїть нижче (глибше) від лобкової дуги, ознака Вастена вважається негативною, прогноз пологів сприятливий; якщо врівень - ознака Вастена «врівень», прогноз сумнівний; якщо вище - ознака Вастена позитивна, **пологи неможливі**.

Симптом Цангемейстера

-визначають у положенні роділлі на боці. Тазоміром вимірюють зовнішню кон'югату, потім - відстань між надкрижовою ямкою матері та верхнім полюсом голівки плода у горизонтальному положенні матері.

Якщо диспропорції між голівкою плода і тазом матері немає, зовнішня кон'югата є більшою (симптом Цангемейстера негативний, прогноз щодо піхвових пологів сприятливий).

Якщо обидва розміри однакові, то симптом Цангемейстера «врівень», або слабопозитивний, прогноз щодо спонтанних пологів сумнівний. Якщо зовнішня кон'югата є меншою, ніж відстань між надкрижовою ямкою матері та верхнім полюсом голівки плода - симптом Цангемейстера позитивний, прогноз несприятливий.

Ведення пологів

При ознаках абсолютної невідповідності між тазом матері та голівкою плода виконують кесарів розтин. Якщо підозрюється можливість функціональної диспропорції між голівкою плода і матері, звичайно спочатку здійснюється спроба піхвових пологів.

Частота кесаревого розтину у разі індукції пологів є подібною до такої при клінічно вузькому тазі.



**ДЯКУЮ
ЗА
УВАГУ!**