ТЕМА №7 НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В РАЗІ ПОЛОГОВОГО ТРАВМАТИЗМУ

Пологовий травматизм

- Бувають:
  - а) травми родових шляхів;
- б) травми плода.
- Під час пологів часто ушкоджуються тканини піхви, шийки матки, зовнішніх статевих органів. Травми можуть бути зумовлені перерозтягненням тканин або хірургічними втручаннями.
- Іноді бувають травми, які загрожують життю роділлі (розрив матки), призводять до порушення працездатності найважливіших функцій організму. Травми плода діагностуються у період новонародженості або пізніше.
- У багатьох випадках виникнення пологових травм та ступінь їх тяжкості залежить від кваліфікації лікаря, акушерки, фельдшера ФАПу чи екстренної медичної допомоги.
-

НАВЧАЛЬНА МЕТА

- Знати:

1. 1. Види пологових травм.
2. 2. Профілактику пологових травм.
3. 3. Невідкладну допомогу при різних видах пологових травм.

Вміти:

1) провести епізіотомію, перинеотомію (на фантомі);

- 2) провести огляд шийки матки за допомогою дзеркал (на фантомі);
- 3) провести тампонаду піхви;
- 4) зашити розрив шийки матки (на фантомі);
- 5) зашити розрив промежини (на фантомі);
- 6) скласти схему невідкладної медичної допомоги в разі загрози розриву матки.

Виховна мета

- *Виховати в студентів спостережливість, тактовність, уважність, почуття відповідальності , любов до обраної професії.*

Класифікація

- 1. Розрив промежини:

За етіологією:

- Мимовільні
- Штучні

За клінічним перебігом:

- Загрозливий
- Початковий
- Завершений розрив

За ступенем:

- Розрив I ступеня
- Розрив II ступеня
- Розрив III ступеня
- Центральний розрив промежини

2. Розрив піхви:

За етіологією:

- Мимовільні
- Під час хірургіного втручання

3. Розрив стінок піхви

4. Розрив шийки матки:
- Розрив тканин на 1-2 см
- Розрив тканин понад 2 см, що не доходять до склепінь
- Розрив до склепіння

5. Розрив матки:

За часом виникнення(під час пологів/вагітності)

За етіологією(мимовільні, насильницькі, змішані)

За локалізацією (у дні/тілі/нижньому сигменті матки, відрив матки від склепінь піхви)

За характером ушкодження (повний, неповний, тріщина)

За клінічним перебігом (загроза розриву, розрив, що розпочався, розрив матки, що настав)

6. Гематоми зовнішніх статевих органів

7. Післяпологові фістули

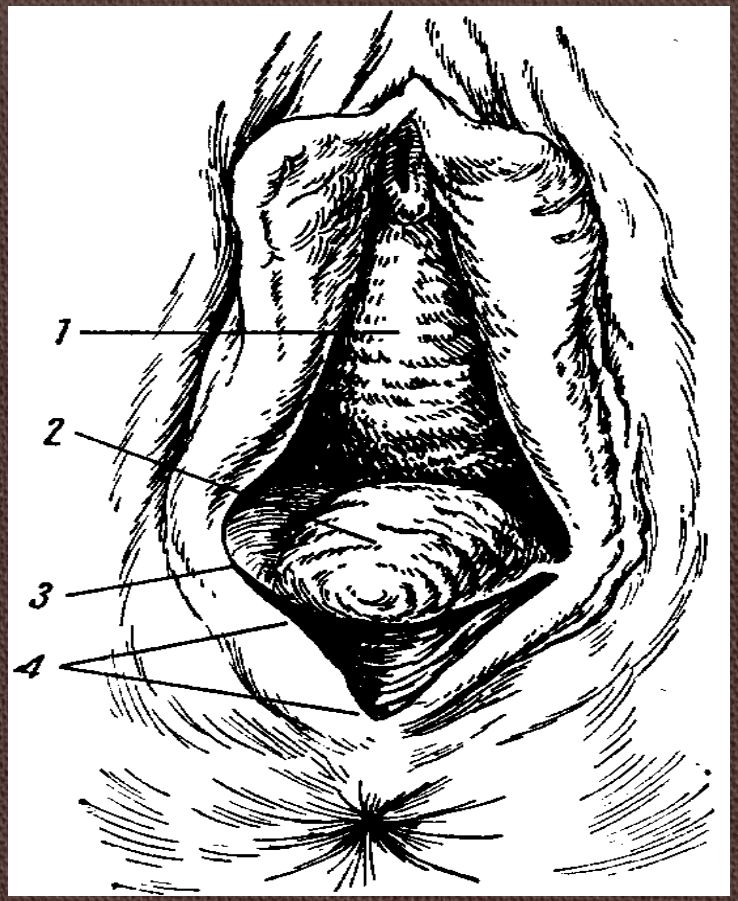
8. Післяпологовий виворіт матки

9. Розходження і розрив зчленування таза

РОЗРИВИ ПРОМЕЖИНИ

Причини:

1) висока або ригідна (особливо у первородящих старшого віку) промежина;
2) рубцеві зміни після вшитої або невшитої травми при попередніх пологах або пластичній операції в зв'язку з випадінням піхви, після ДТК;
3) Великий або гігантський плід;
4) швидкі або стрімкі пологи;
5) прорізування голівки несприятливим розміром (у разі розгинальних передлежань);
6) вузький таз, особливо плоскорахітичний (швидке прорізування) та інфантильний таз (вузький лобковий кут);
7) переношена вагітність (твердість кісток голівки і недостатня її конфігурація);
8) тазові передлежання плоду (найбільш об'ємна частина плоду - голівка народжується останньою і швидко);
9) оперативне пологорозрішення (акушерські щипці, вакуум - екстракція, витягання плоду за тазовий кінець);
10) неправильне виконання акушерської допомоги (не повноцінний захист промежини) по виведенню голівки (передчасне розгинання голівки) і плечиків плоду.



Мал. 1. Розрив промежини першого ступеня:

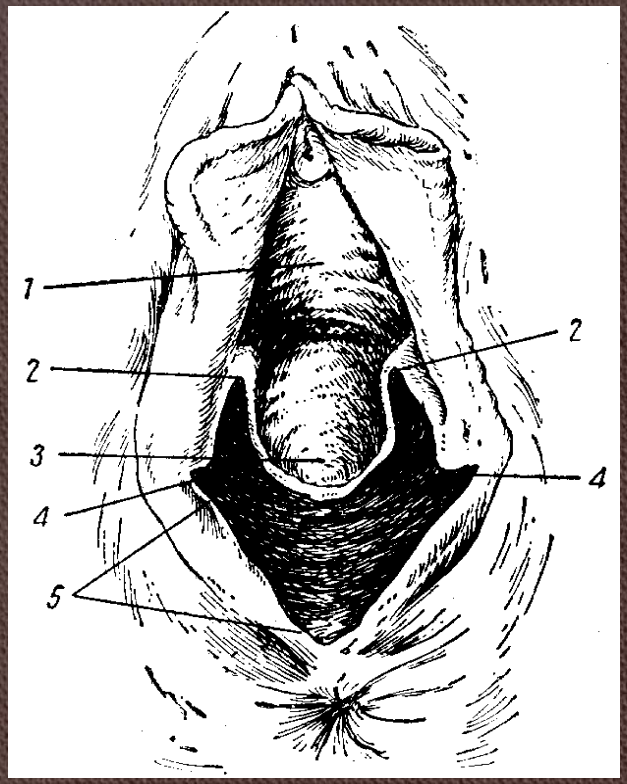
1— передня стінка вагіни; 2— задня стінка вагіни; *3* — задня спайка; *4* — шкіра промежини.

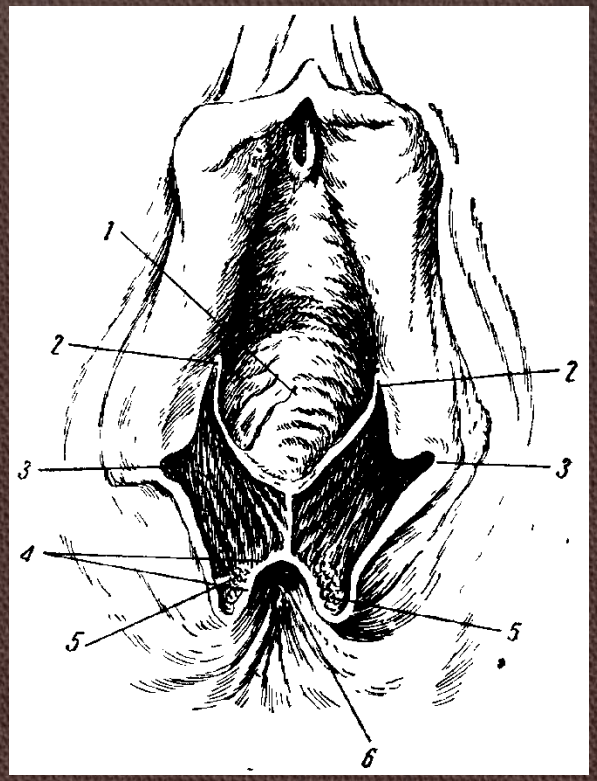
- **Розрив першого ступеня.** Порушується задня спайка (невелика ділянка шкіри промежини з підшкірною основою і стінки вагіни (слизова оболонка)); м'язи промежини лишаються непошкодженими (мал. 1).

- **Розрив другого ступеня.** Порушуються шкіра промежини з підшкірною основою , стінка вагіни і м'язи промежини (тазового дна), крім зовнішнього сфінктера прямої кишки (мал. 2).

- **Розрив третього ступеня.** Крім вказаних вище тканин, розривається і зовнішній сфінктер прямої кишки, а іноді і стінка прямої кишки (мал. 3).
- III а – неповний розрив промежини (без порушення цілісності стінки прямої кишки);
- III б – повний розрив промежини (з порушенням цілісності стінки прямої кишки).

- Рідкісним видом травм є так званий центральний розрив промежини. Він характеризується тим, що ушкоджується центр промежини, а задня спайка і жом прямої кишки залишаються цілими, і пологи проходять через цей штучно утворений канал.



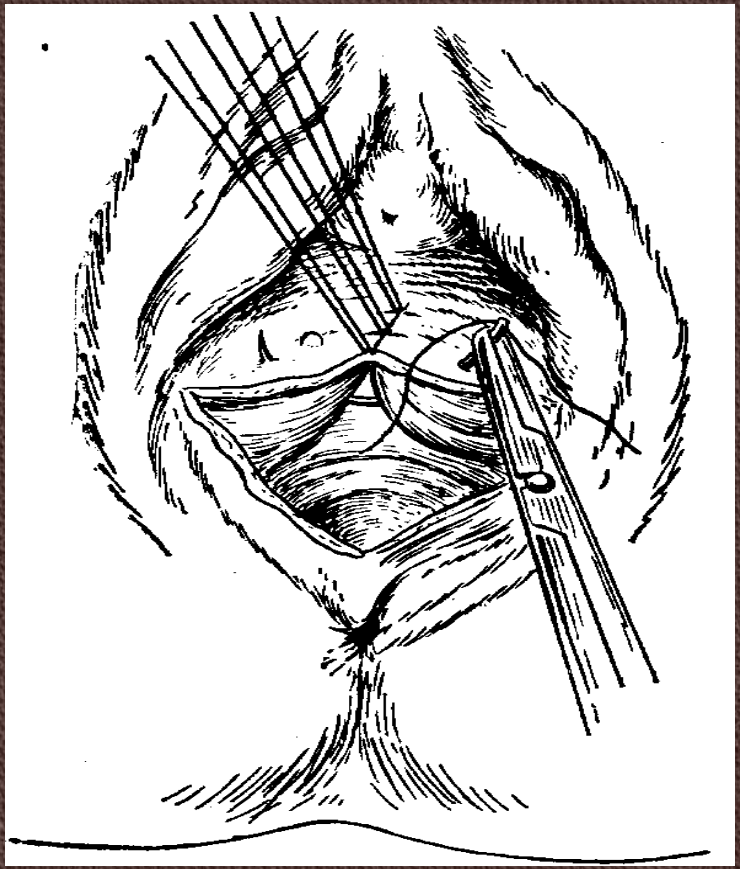


- **Мал. 2. Розрив промежини другого ступеня:**/ — передня стінка вагіни; 2 — верхній край розриву, *3* — задня стінка вагіни, *4* — задня спайка; 5 — шкіра промежини.
- **Мал. 3. Розрив промежину третьогоступеня:** / — задня стінка вагіни, *1* — верхній край роз. риву; *3* — задня спайка; *4* — слизова прямої кишки; 5 — сфінктер; 6 — анус.

Лікування розривів промежини зводиться до негайного (безпосередньо після народження посліду) відновлення анатомічних співвідношень у тканинах шляхом накладання швів з дотриманням усіх правил асептики. В залежності від стану породіллі, наявності екстрагенітальних захворювань, тяжкості пізнього гестозу використовують місцеве або загальне знеболювання. При розриві І ступеня послідовно зверху донизу накладають кетгутові шви на слизову оболонку піхви до формуванн задньої спайки. Потім від задньої спайки в напрямі до ануса накладають шовкові (лавсанові) шви або металеві скоби на шкіру промежини на відстані 1 см один від одного. Голку проводять так, щоб у рані не залишалися щілини, де може скупчуватися кров, яка заважатиме загоюванню. Краї рани повинні щільно прилягати один до одного.

Зашивання розривів промежини II СТ

- При розриві промежини другого ступеня порядок накладання швів такий. Спочатку також накладають шов на верхній кут рани (мал. 6), .потім кількома заглибленими кетгутовими швами з'єднують розірвані м'язи промежини (ці шви не повинні захоплювати ні шкіри, ні слизової). Після цього накладають кетгутові шви на слизову оболонку вагіни до задньої спайки. Кінці лігатур зрізують, крім шва, накладеного на спайку. Останній шов підтягають вгору, що створює зручність при зашиванні шкіри промежини. На шкіру промежини накладають шовкові шви, кінці яких зрі-зають (можна накласти металеві скобки). Зашиту рану змазують антисептиком.



Мал. 6. Зашивання розриву промежини другого ступеня.

Розрив піхви

Розриви піхви, так само, як розриви промежини, можуть бути мимовільними або насильницькими.

Мимовільні розриви піхви виникають під час пологів у жінок з недорозвиненою, ригідною, короткою або вузькою піхвою при швидких родах або при клінічно вузькому тазі, розгинальних передлежаннях плода, великих розмірах голівки плоду.
Звичайно, мимовільні розриви піхви є продовженням розривів інших відділів родового каналу, найчастіше промежини
Що стосується насильницьких розривів піхви, то вони відбуваються в результаті застосування акушерських операцій (акушерські щипці, екстракція, вакуум-екстракція плода й ін.).
Відомо, що більша частина важких розривів піхви мають насильницьку природу, так що самий головний метод профілактики розривів піхви - це правильний вибір пологового будинку й гарного лікаря, що приймає пологи.
Розриви піхви можуть бути : повздовжні; циркулярні.

Розрив піхви

Розриви піхви класифікуються залежно від місця розриву (у нижній, середній або верхній третині піхви), а також залежно від ваги ушкоджень. Розриви частіше спостерігаються в нижній третині вагіни, вони звичайно виникають одночасно з розривом промежини. В середній верхній частині вагіни розриви бувають рідше.

Розрив піхви, так само, як і розрив промежини, може бути поверхневим, а може бути глибоким проникати в клітковину малого таза й навіть у черевну порожнину, викликаючи утворення гематом, масивну кровотечу, геморагічний шок.

Головний симптом розривів піхви - це кровотеча, тому при наявності навіть незначної кровотечі стінки піхви повинні бути оглянуті за допомогою дзеркал на предмет наявності розриву

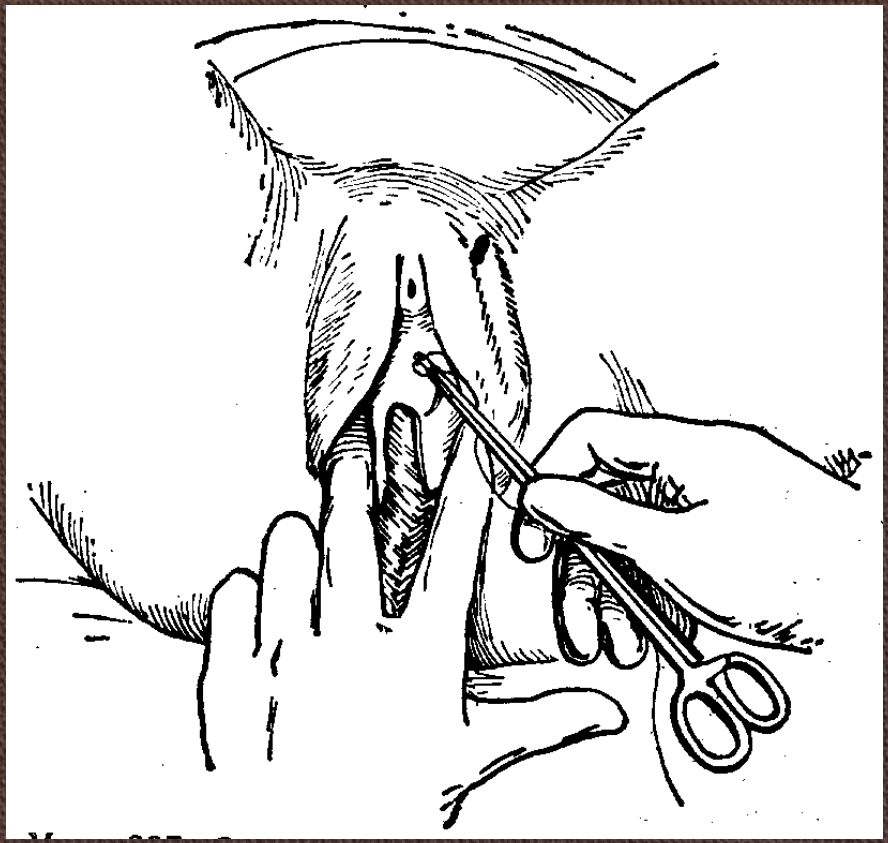
Лікування розривів піхви

Лікування розривів піхви являє собою ушивання розривів окремими кетгутовыми швами. Розриви вагіни розкриваються за допомогою дзеркал і зашиваються кетгутовими швами. Розрив нижньої третини вагіни можна зашити при розведенні бокових стінок її пальцями лівої руки

Глибокі розриви піхви зашиваються під загальним наркозом, крім того, ця операція вимагає високого професіоналізму лікаря

У післяопераційному періоді породіллі, як правило, призначається антибактеріальна терапія й піхвові ванночки з дезінфікуючими розчинами. Це необхідна міра профілактики ускладнень, серед яких можливе звуження піхви, усунути яке можна тільки шляхом операції

У цілому ж можна сказати, що розриви піхви відбуваються досить рідко, а внаслідок постійного розвитку акушерських технік, можливо, у майбутньому вони взагалі перестануть бути проблемою.



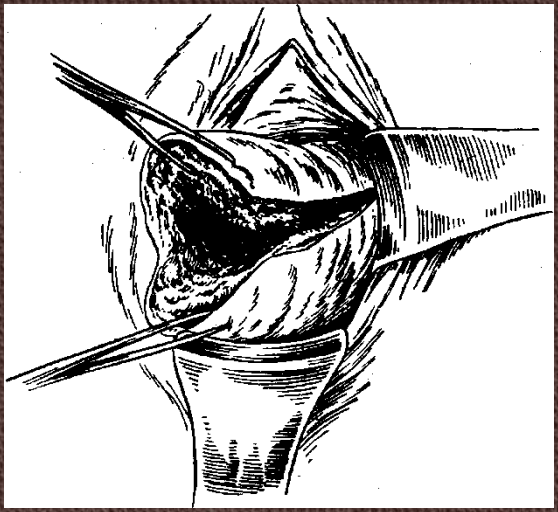
Розриви шийки матки

Причини:

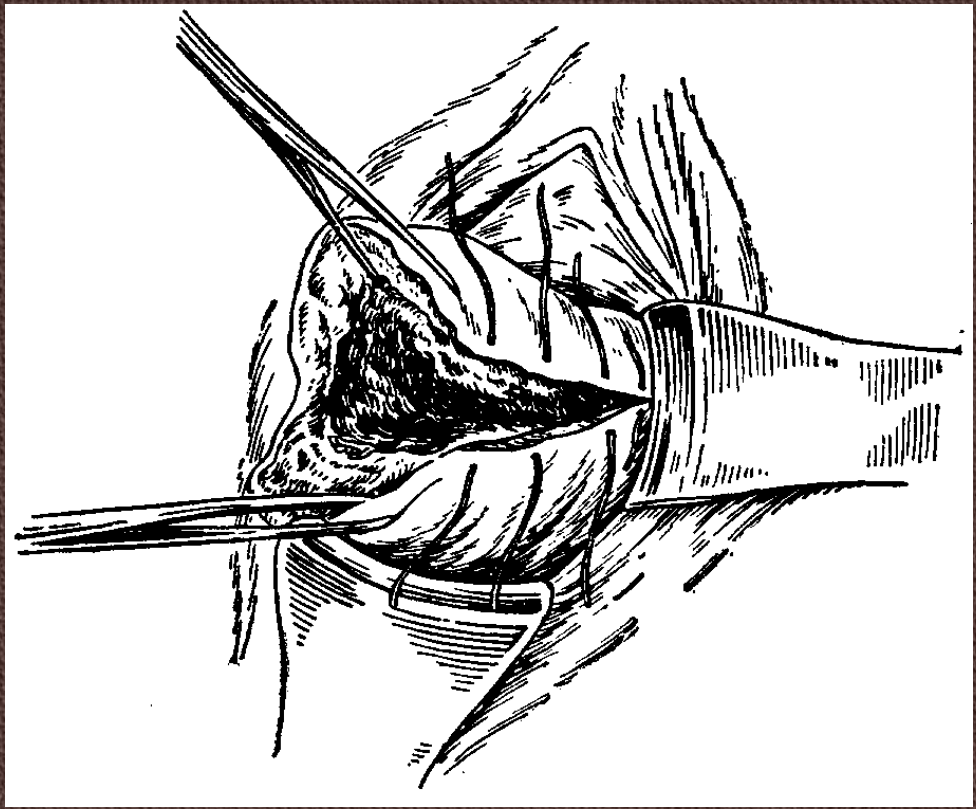
- передчасні потуги, коли шийка матки не розкрилася до потрібних розмірів;
- зниження еластичності шийки матки;
- пізні пологи (жінки після 30 р.);
- операції на шийці матки;
- наявність рубців після абортів або пологів;
- інфекції в матці;
- великий, гігантський, переношений плід;
- пологи в тазовому передлежанні;
- розгинальні передлежання;
- швидкі та стрімкі пологи;
- затяжні пологи;
- оперативні пологи з накладенням щипців та інше.

- Наслідки даної патології залежать в першу чергу від ступеня тяжкості розриву і наданої допомоги.
- Діагностувати розрив шийки матки досить просто. Зазвичай, якщо він має місце, то у жінки починається кровотеча, проте не завжди.
- У сучасних пологових будинках кожну жінку обстежують, за допомогою дзеркал лікарі виявляють післяпологові патології на шийці матки. Будь-які розриви (складні і не дуже) вшиваються кетгутом. Особливого догляду ці шви не вимагають. Потрібно лише утриматися від статевих відносин протягом 2 місяців.

РОЗРИВ ШИЙКИ МАТКИ



РОЗРИВ ШИЙКИ МАТКИ



Накладання швів на розрив шийки матки

ГЕМАТОМИ ВУЛЬВИ І ВАГІНИ

- Під час родів може статися розрив кровоносних судин і крововилив у підшкірну клітковину зовнішніх статевих органів або під слизову оболонку вагіни. Шкіра і слизова над гематомою набирають синьобагрового забарвлення; при великому скупченні крові відзначається напруження тканин і болісність.
- Лікування невеликих гематом очікувальне. На ділянку гематоми спочатку накладають міхур з льодом, при можливості – тиснучу пов ' язку а надалі обережно беруться до лікування теплом. При швидко наростаючій гематомі роблять розріз шкіри, випорожнення гематоми, відшукують і перев'язують судини з яких витікає кров. Після цього накладають шви на розріз.

Розрив матки

- Розрив матки — одне з найнебезпечніших ускладнень пологів. Через обширні травми, масивну крововтрату, шок, приєднання інфекцій надання медичної допомоги при цій патології є складним завданням, що включає необхідність не тільки кваліфікованого екстреного хірургічного втручання, а й цілеспрямованих реанімаційних дій та подальшої тривалої інтенсивної терапії.
- Навіть при сучасному рівні акушерської допомоги розриви матки часто призводять до смерті матері й загибелі плода.
- Найчастіше матка розривається в період зганяння плода. У тих випадках, коли у стінці матки є значні патологічні зміни, розрив може статися в період розкриття шийки матки і навіть на самому початку пологів. Відомі також випадки розриву матки під час вагітності.

РОЗРИВ МАТКИ

Повний розрив матки.

Класифікація розривів матки

За патогенетичною ознакою
1. Самовільні розриви матки: Типові
1) механічні: Атипові
(в разі механічної перешкоди для розродження та при здоровій матковій стінці).
2)гістопатичні (при патологічних змінах маткової стінки);
3)механічно-гістопатичні (при поєднанні механічної перешкоди для розродження та патологічних змін маткової стінки).
2. Вимушені розриви матки:
1)травматичні (від грубого втручання під час пологів, якщо немає перерозтягнення нижнього сегмента матки або під час вагітності та пологів від випадкової травми);
2)змішані (від зовнішньої дії, якщо нижній сегмент матки перерозтягнутий).
За ступенем ушкодження
1)Тріщина (надрив).
2)Неповний розрив (не проникає у черевну порожнину).
3)Повний розрив (проникає у черевну порожнину).

Класифікація розривів матки

За локалізацією
1)Розрив у дні матки.
2)Розрив у тілі матки.
3)Розрив у нижньому сегменті матки.
4)Відрив матки від склепіння піхви (кольпоррексіс)

.
За часом виникнення
1)Розрив під час вагітності.
2)Розрив під час пологів.

За клінічним перебігом
1)Загрозливий розрив.
2)Розпочатий розрив.
3)Завершений розрив.

Загальноприйнятий поділ усіх розривів матки на мимовільні та вимушені (вони трапляються значно рідше — у 5,6—12% випадків) та змішані.
Уже з самої назви випливає, що мимовільний — це розрив матки, який виник без будь-яких зовнішніх впливів. Вимушеним вважається розрив, що стався внаслідок зовнішнього впливу.

Причини виникнення розриву

- Причини виникнення розриву матки різні. В минулому столітті (1875) Бандль висунув механічну теорію розриву матки. Бандль, а слідом за ним і багато інших акушерів пояснювали розрив матки в родах невідповідністю між передлеглою частиною плода і тазом матері. Така невідповідність може виникнути при вузькому тазі, неправильних передлежаннях (лобне, задній вид лицевого) або вставленнях (патологічний асинклітизм) головки, при великому (велетенському) плоді, гідроцефалії; аналогічна невідповідність виникає при поперечних і косих положеннях плода.

- На початку цього століття (1911) Я. Ф. Вербов висунув іншу теорію походження розриву матки. На думку Я. Ф. Вербова здорова матка не розривається; розрив відбувається на грунті патологічних змін в стінці матки, які викликають слабкість, неповноцінність міометрію. До таких змін, що сприяють розриву матки, належать рубці після операцій (кесарів розтин, вилущення міоматозного вузла та ін.), ушкодження матки при аборті, дегенеративні і запальні процеси, перенесні до даної вагітності, інфантилізм та 'інші аномалії статевих органів, які характеризуються слабкістю міометрія.

- Причиною розриву матки можуть бути і патологічні зміни в її стінці, і механічні фактори (невідповідність між тазом і перед-леглою частиною). Особливо легко виникає розрив матки при комбінації вказаних явищ, тобто при одночасному існуванні патологічних процесів у матці і яких-небудь труднощів до зганяння плода (комбінована теорія Персіанінова Л.С. 1952 р.).

Клінічна картина загрожуючого розриву матки

- Клінічна картина загрожуючого розриву матки, який виникає у зв'язку з механічними перешкодами до зганяння плода, характеризується такими симптомами.
- 1. Родова діяльність дуже сильна, перейми часті, болісні, несудомного характеру (іноді – судомні).
- 2. Нижній сегмент матки перерозтягнутий, стоншений, болісний при пальпації (добре пальпуються частини плода). Верхній сегмент матки у гіпертонусі (частини плода не пальпуються).
- 3. Контракційне кільце піднімається високо, доходячи до рівня пупка, розміщується косо. Матка у вигляді пісочного годинника.
- 4. Круглі зв'язки матки дуже напружені і болючі,
- 5. З'являється набряк країв зіва (через стиснення), який поширюється на вагіну і промежину. Набрякла шийка матки звисає у вигляді паруса.
- 6. Утруднюється сечовипускання у зв'язку з стисненням сечового міхура та уретри між голівкою і кістками таза. Затримка сечі при фіксованій голівці плоду у вході в малий таз.
- 7. З'являються сукровичні виділення з вагіни, які вказують на те, що ушкодження тканин вже почалося.
- 8. Роділля збуджена, неспокійна (кричить, кидається в ліжку, хапається руками за живіт), скаржиться на сильні болі.
- 9. Неефективні потуги.
- 10. Гіпоксія плода.

Клінічна картина розриву матки, який стався

- Клінічна картина розриву матки, який стався, характеризується такими основними ознаками.
- 1. В момент розриву виникає надзвичайно гострий кинджальний біль у животі.
- 2. Одразу після розриву родова діяльність цілком припиняється.
- Жінка заспокоюється.
- 3. Незабаром настає важкий стан, зв'язаний з шоком і наростаючою втратою крові. Шкіра і видимі слизові бліднiють, риси обличчя загострюються, пульс стає частим і малим, артеріальний тиск падає. Нерідко спостерігається нудота і блювання.
- 4. При повному розриві матки плід повністю або частково виходить у черевну порожнину. Тому при пальпації частини плода надзвичайно чітко визначаються безпосередньо під черевною стінкою; передлегла частина, раніш фіксована, відходить вгору і стає рухомою. Поряд з плодом прощупується тіло матки, яке скоротилося. Серцебиття плода не вислухуховується, плід гине у перші хвилини після розриву.
- 5. Зовнішня кровотеча звичайно буває не дуже велика, інколи навіть незначна. При розриві матки кров виливається в черевну порожнину (при неповному розриві утворюється гематома поряд з маткою в рихлій клітковині таза).

Лікування розриву матки

- Лікування розриву матки, який загрожує або стався. При виникненні симптомів загрожуючого розриву матки необхідно: 1) припинити або ослабити родову діяльність, 2) негайно закінчити пологи оперативним шляхом.
- Для припинення (ослаблення) родової діяльності дають ефірний наркоз. Акушерка, яка самостійно працює, вводить морфін (1% 1,5 *мл*) і негайно викликає лікаря, попередивши про загрожуючий розрив матки. Розродження проводиться дуже бережно, під глибоким наркозом. Якщо плід живий і ознак інфекції нема, вдаються до кесаревого розтину. При мертвому плоді роди закінчують плодоруйнуючою операцією. При загрожуючому розриві матки протипоказані поворот плода і накладання акушерських щипців; ці операції і навіть спроби до їх застосування неминуче призводять до розриву матки.

- Розрив матки завжди супроводжується кровотечею, геморагічним шоком, порушенням гемодинаміки та пов'язаними з ними змінами гомеостазу. Тому лікування розриву матки має включати в себе багато необхідних компонентів, об'єднаних у поняття «реанімаційні заходи», виключення навіть одного з них може звести нанівець усю терапію.
- Реанімаційні заходи при розриві матки складаються з трьох головних моментів: зупинення кровотечі, повноцінне знеболювання з тривалою штучною вентиляцією легенів та трансфузійно-інфузійна терапія. Усі ці ланки реанімаційної тактики виконуються не почергово, а водночас, терміново, тому що тільки невідкладність виконання всіх компонентів реанімації при розриві матки може врятувати життя роділлі.
- Відразу після встановлення діагнозу розриву матки необхідно терміново ввести хвору в інтубаційний наркоз із штучною вентиляцією легенів з метою профілактики, знеболювання та для боротьби з легеневою недостатністю (повнокрів'я легенів, крововиливи у тканини легенів, набряк), що нерідко розвиваються при шоку.
- У післяопераційний період продовжують проводити інтенсивну інфузійно-трансфузійну терапію, корекцію порушень водно-електролітного балансу, ретельно контролюючи склад крові, гематокритне число, кислотно-основний стан крові, вміст електролітів, аналізи сечі. Навіть при сприятливому перебігові післяопераційного періоду потрібні ретельний нагляд за хворою, раціональне лікування та харчування, постійна турбота всього медичного персоналу.

ПІСЛЯПОЛОГОВІ ФІСТУЛИ

- При патологічних пологах можуть виникнути сечостатеві і кишково-вагінальні фістули. Сечостатеві фістули являють собою протиприродні сполучення між сечовим міхуром або уретрою і вагіною, рідше — між міхуром і каналом шийки матки. В таких випадках сеча частково або повністю попадає у вагіну і витікає назовні через статеву щілину. При кишково-вагінальних фістулах у вагіну попадають калові маси. Фістули є серйозним ускладненням пологів, вони завдають жінці тяжких страждань, інвалідизують її.

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ

- 1. Тривале стиснення м'яких тканин між передлеглою частиною плода та кістками тазу (вузький таз, неправильне передлежання, неправильне вставлення голівки плоду, великий плід, переношена вагітність та ін.). Фістула з'являється на 5-7 добу післяпологового періоду.
- 2. Поранення м'яких тканин пологових шляхів або сусідніх органів інструментами під час акушерських операцій. Фістула з'являється одразу після пологів.
- ПРОФІЛАКТИКА:
- 1. Правильне ведення пологів (профілактика тривалого стояння голівки більше 2-3 годин в одній площині малого тазу) .
- 2. При затримці сечі – катетеризація (слідкуємо за домішками крові, якщо є – оперативне розродження).

ЛІКУВАННЯ

- Лікування фістул – оперативне.
- Тільки невеликі фістули при правильному догляді іноді закриваються самостійно.
- Догляд за фістулою:
- 1. Гігієна статевих органів.
- 2. Обробка шкіри ЗСО та слизової оболонки піхви вазеліновою або іншою олією, стрептоцидовою,сульфідиновою емульсією.
- 3. При сечовій фістулі в уретру вводять постійний катетер, який систематично виймають і стерилізують кип'ятінням.
- 4. Всередину призначають уротропін.
- 5. Якщо фістула самостійно на протязі 3-4 місяців не закривається – роблять операцію.

ПІСЛЯРОДОВИЙ ВИВОРОТ МАТКИ

- При вивороті матки шари її розміщуються навиворіт: слизова оболонка стає зовнішнім шаром, а серозний покрив — внутрішнім (матка вивертається, як палець рукавички) (мал). Виворіт утворюється так: спочатку відбувається вдавлення дна матки в її порожнину, потім дно доходить до зіва і, нарешті, вивернута навиворіт матка розміщується у вагіні або навіть за межами статевої щілини.

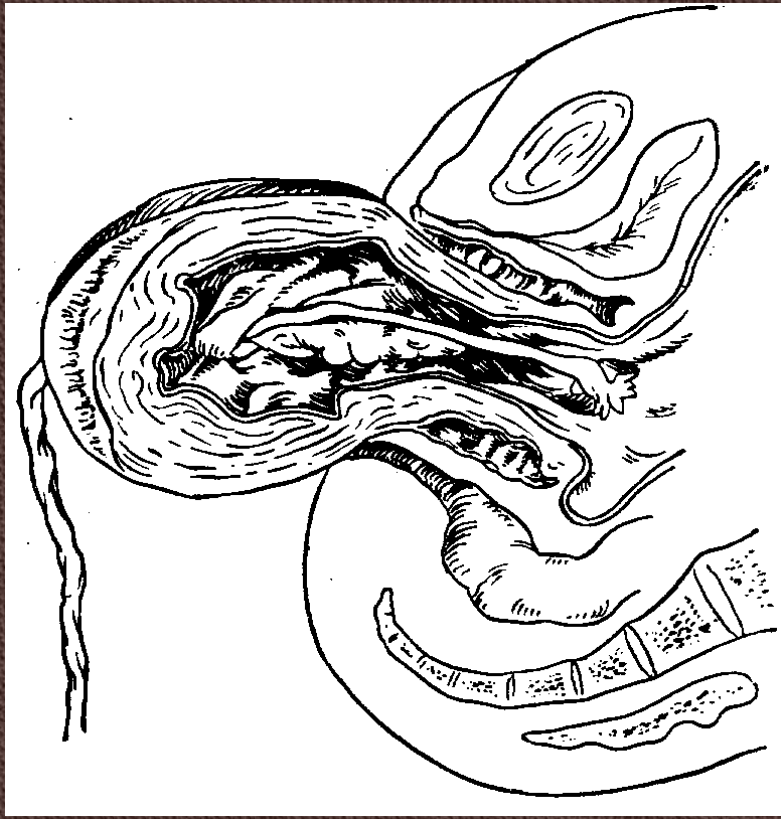
УМОВИ ДЛЯ ВИВОРОТУ МАТКИ

- 1. Матковий зів розкритий.
- 2. Гіпотонія або атонія матки.
- 3. На дно матки відбувається тиск зверху або витягання знизу за пуповину.
- КЛІНІКА:
- 1. Гострий біль.
- 2. Шоковий стан (шкіра та слизові бліді, тахікардія, гіпотонія, нудота, блювання, непритомність).
- 3. Із статевої щілини показується вивернута матка яскраво червоного кольору, іноді з послідом.
- 4. При пальпації у ділянці матки – лійкоподібна заглибина.
- 5. Виворіт матки може спричинити загибель жінки.

ЛІКУВАННЯ

- 1. Глибокий наркоз (негайно!).
- 2. Відокремити плаценту.
- 3. Обережно вправити матку.
- 4. Тампонада піхви стерильним марлевим бинтом.
- 5. Боротьба з шоком.
- 6. Боротьба з інфекцією.

Виворіт матки



РОЗХОДЖЕННЯ ЛОБКОВИХ КІСТОК

- Під час вагітності відбувається серозне просочення зчленувань і зв'язкового апарату таза, особливо лобкового зчленування. У деяких вагітних розм'якшення зчленувань таза буває значним. В таких випадках сильний тиск на кісткове кільце таза з боку голівки, яка народжується, може викликати розходження лобкових кісток. Розходження лобкових кісток буває при вузькому тазі, великому плоді і при оперативних пологах. Інколи розходження лобкових кісток супроводжується крововиливом і ушкодженням сечівника, сечового міхура і клітора. При тяжких пологах, особливо оперативних, може виникнути також ушкодження крижово-клубового зчленування.

КЛІНІКА

- 1. Біль у ділянці симфізу, особливо при рухах ногами.
- 2. Біль різко посилюється при розведенні ніг, зігнутих у колінних та кульшових суглобах.
- 3. При пальпації - заглибина між краями лобкових кісток, які розійшлися.
- 4. Діагноз підтверджує рентгенологічне дослідження.

ЛІКУВАННЯ

- 1. Спокійне положення в ліжку (бажано в гамаку) на протязі 3-5 тижнів.
- 2. Туге бинтування ділянки тазу.
- 3. При нагноєнні гематоми у ділянці розходження лобкових кісток – відповідне лікування.
- НАСЛІДКИ:
- 1. «Качина хода», яка з часом зникає.
- 2. Нагноєння гематоми.
- 3. Стійке порушення ходи.

Дякую за увагу!