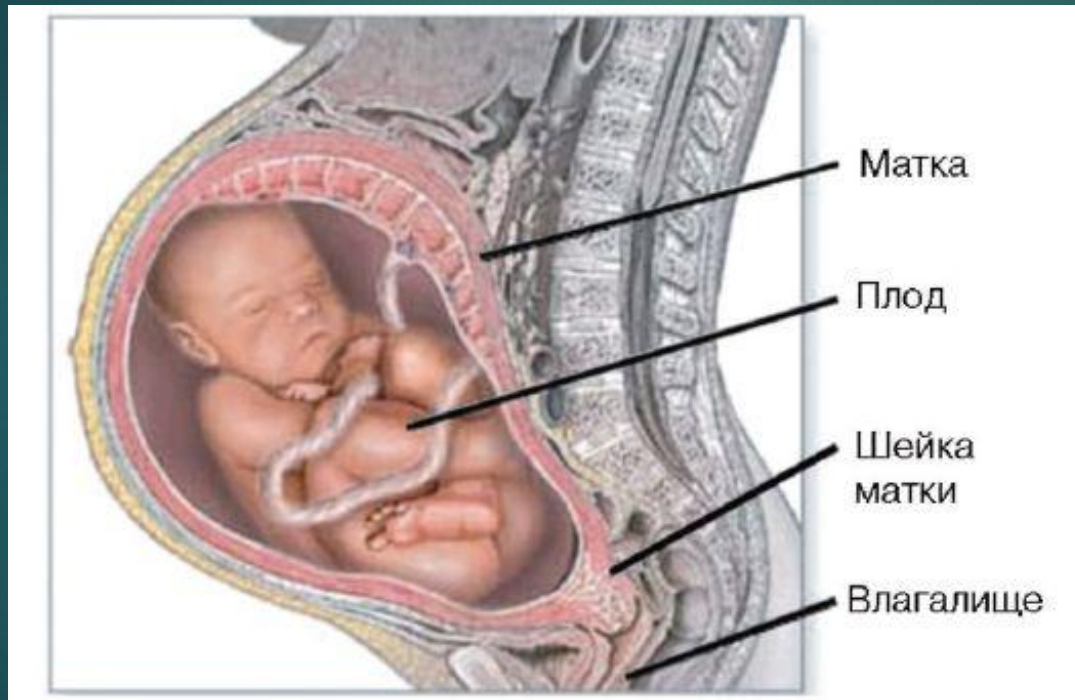


Тазовые предлежания плода

Выполнил:
Студент 163-А группы
Габак Д.В.

Тазовым предлежанием называется такое, при котором ко входу в малый таз предлежит тазовый конец плода, а у дна матки — головка плода.




Актуально

Частота родов при тазовых предлежаниях — 3–5 % от общего количества родов.

При преждевременных родах и многоплодии частота тазовых предлежаний плода увеличивается в 2 – 10 раз.

Перинатальная смертность в 3-5 раз выше, чем при родах в головном предлежании.

Общая частота заболеваемости новорожденных при родах в тазовом предлежании составляет 15-16% (неблагоприятные отдаленные результаты у детей в виде центральных парезов, гидроцефалии, отставания в умственном развитии).



**Роды в тазовом
предлежании, вследствие
повышенной частоты
осложнений для матери и
ребенка по сравнению с
головным предлежанием,
относят к патологическим.**

Классификация



**чисто
ягодичное
предлежание
(65%
случаев)**

**смешанное
ягодичное
предлежание
(25% случаев)**

**ножное предлежание : полное,
неполное
(10 % случаев)
коленное (0,3%)**

Классификация

1. Ягодичные предлежания (сгибательные)

– **чисто ягодичные (неполные)** — ко входу в таз обращены ягодичцы, а

ножки вытянуты вдоль туловища, т. е. согнуты в тазобедренных и разогну-

ты в коленных суставах, стопы расположены в области подбородка и лица.

– **смешанные ягодичные (полные)** — ко входу в таз обращены ягодичцы вместе с ножками, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, несколько разогнутыми в голеностопных суставах, плод в позе «сидит по-турецки».

2. Ножные предлежания (разгибательные):

- **полные** — ко входу в таз предлежат обе ножки плода, слегка разогнутые в тазобедренных и согнутые в коленных суставах;
- **неполные** — предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах, а другая, согнутая в тазобедренном и коленном суставах, располагается выше; встречаются чаще, чем полные;
- **коленные** — ножки разогнуты в тазобедренных суставах и согнуты в коленных, а коленки предлежат ко входу в таз.

ЭТИОЛОГ

ИЯ

Материнские причины:

- аномалии развития матки;
- опухоли матки (миомы);
- узкий таз;
- опухоли таза;
- снижение или повышение тонуса матки;
- высокий паритет;
- рубец на матке после операции
- нарушение осанки
- гиперстеническая конституция
- наследственная предрасположенность

Плодовые причины:

- недоношенность
- многоплодие
 - маленькая масса плода
- сниженная или повышенная активность плода
- задержка внутриутробного развития
- врожденные аномалии плода (анэнцефалия, гидроцефалия)
- неправильное членорасположение плода
- незрелость вестибулярного аппарата у плода
- хромосомные патологии
- гибель плода

Плацентарные причины:

- предлежание плаценты
- маловодие или многоводие
- короткая пуповина

Диагностика

1. Диагноз тазового предлежания ставят в 35–36 нед. беременности, т. к. после 36 нед. положение плода, как правило, окончательно фиксируется.
2. Данные наружного акушерского исследования. Позиция и ее виды определяются по спинке (как при головном предлежании).
3. Сердцебиение плода при тазовых предлежаниях выслушивается выше, иногда на уровне пупка, справа или слева (в зависимости от позиции).
4. Влагалищное исследование. Во время беременности через своды прощупывается объемистая мягковатая часть. В родах при раскрытии шейки матки, особенно при разрыве плодного пузыря, диагноз уточняется.
5. Большое значение имеет ультразвуковое сканирование, которое позволяет определить не только предлежание, но и пол, вид, массу плода, положение головки (согнута, разогнута), обвитие пуповины, локализацию плаценты, размеры и степень ее зрелости, количество вод, аномалии развития плода и др.
6. Допплеррометрия
7. КТГ

Диагностика

Варианты положения головки плода при тазовом предлежании.

А - головка согнута;

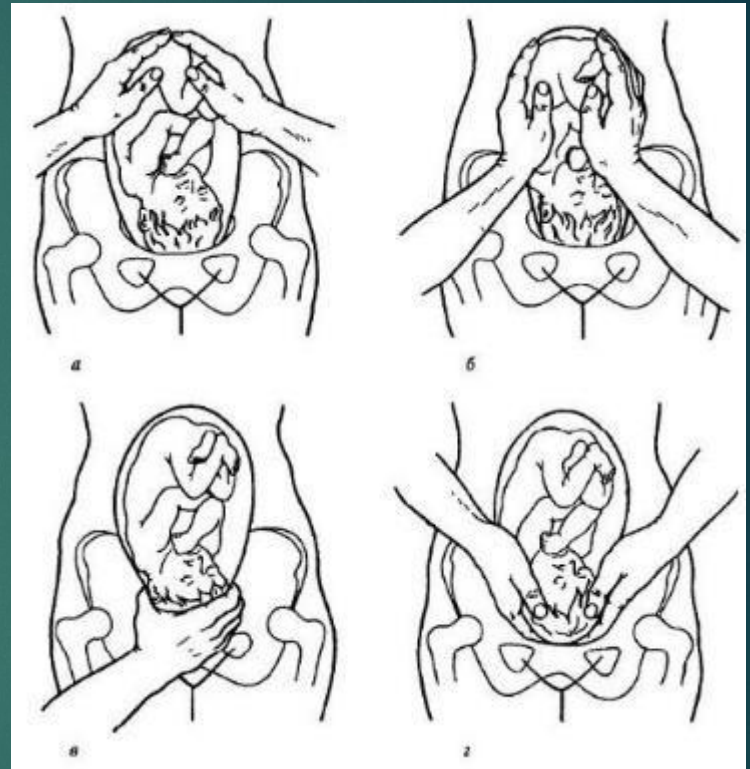
Б - I степень разгибания (поза военного);

В - II степень разгибания;

Г - III степень разгибания ("смотрит на звезды")

Наружное акушерское исследование.

- **первым приемом** определяется более высокое стояние дна матки; в дне матки пальпируется округлая, плотная, баллотирующая головка, нередко смещенная от средней линии живота вправо или влево;
- **вторым приемом** определяют спинку и мелкие части плода (по положению спинки судят о позиции и виде);
- **при третьем приеме** над входом или во входе в таз прощупывается крупная, неправильной формы предлежащая часть мягковатой консистенции, неспособная к баллотированию;
- **при четвертом приеме** предлежащая часть обычно до конца беременности находится над входом в малый таз.



Осложнения при

беременности

В первой половине беременности осложнения чаще возникают:

- угроза прерывания беременности (45 %);
- токсикоз (27,5 %).

Во второй половине беременности отмечаются следующие осложнения:

- преждевременные роды (20–40 % случаев);
- преэклампсия различной степени тяжести (35,6 %);
- обвитие пуповины (40,8 %);
- маловодие, многоводие (25,3 %);
- гипотрофия плода (4,9 %);
- предлежание плаценты в 7 раз чаще;
- ФПН;
- преждевременная отслойка плаценты в 3 раза чаще.

■ **Сроки госпитализации беременных.** Если беременность протекает физиологично и отсутствуют экстрагенитальные патологии, то в таком случае госпитализация осуществляется в 38-39 недель беременности для полного обследования, определения срока родов, выбора оптимального метода родоразрешения и подготовки к родам..

Если течение беременности осложнено экстрагенитальной патологией, имеется отягощенный акушерский анамнез, узкий таз, крупный плод, то в таком случае госпитализация проводится на 37 неделе беременности, это позволит провести ряд диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, определив план наиболее рационального ведения родов.

Факторы, определяющие тактику родоразрешения

- Возраст женщины
- Паритет родов
- Срок беременности
- Размеры малого таза
- Целость плодного пузыря
- Осложнения беременности и сопутствующая экстрагенитальная патология
- Разновидность тазового предлежания
- Масса плода и его состояние
- Степень разогнутости головки
- «Зрелость» шейки матки

Тактика родоразрешения при тазовом предлежании плода

должна быть определена до родов.

Она может быть следующей:

- спонтанное начало родов и родоразрешение через естественные родовые пути;
- родовозбуждение в срок или до срока родов;
- кесарево сечение в плановом порядке.

Показания для планового кесарева сечения

- Высокий перинатальный риск у беременных (более 25 баллов)
- Возраст первородящей старше 30 лет
- Предполагаемая масса плода более 3600 г и менее 1500 г
- Ножное предлежание
- Неподготовленность родовых путей при доношенной беременности
- Аномалии развития половых органов
- Анатомически узкий таз
- Гипоксия плода, ЗРП III степени
- Разгибание головки III степени
- Беременность после ЭКО
- Неблагоприятный перинатальных исход предыдущих родов
- Экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг
- Двойня при тазовом предлежании первого плода
- Информированное согласие пациентки

Условия для проведения *родов через естественные родовые пути* при тазовых предлежаниях

- Доношенная беременность
- Предполагаемая масса плода 2000 – 3600 г
- Чисто ягодичное предлежание
- Подготовленные родовые пути
- Нормальные размеры таза
- Головка плода согнута или незначительно разогнута
- Информированное согласие пациентки

Ведение родов через естественные родовые пути

В I периоде:

- Строгий постельный режим до полного или почти полного раскрытия (профилактика несвоевременного разрыва плодного пузыря и выпадение мелких частей и пуповины плода). Укладывание на тот бок, куда обращена спинка, т. е. соответствующий позиции плода. Мочеиспускание на судне.
- После излития околоплодных вод – проводится влагалищное исследование для исключения выпадения петель пуповины или мелких частей плода. Если произошло выпадение петель пуповины, то при чисто ягодичном предлежании можно попытаться заправить ее.
- Установить мониторный контроль за сердцебиением плода и характером сократительной деятельности матки, ведение партограммы с целью своевременной диагностики осложнений и определения дальнейшей тактики ведения родов.
- Применение анальгетиков и спазмолитиков (при развившейся регулярной родовой деятельности и открытии шейки матки на 3–4 см)
- Проводить профилактику слабости родовой деятельности: внутривенное введение окситоцина в конце первого – начале второго периода родов, что вызывает сокращение матки и уменьшение ее полости способствует сохранению правильного членорасположения плода, которое может нарушаться при слабости родовой деятельности.
- При возникновении слабости родовой деятельности – родостимуляция при раскрытии маточного зева на 5 см и более, при меньшем раскрытии -КС

Ведение родов через естественные родовые пути

Во II периоде:

- КТГ(нередко наблюдается тахикардия, вследствие раздражения внутренностного нерва в результате сдавления животика плода ножками)
- Выделение мекония является физиологическим
- В конце периода роженице рекомендуют прижимать руками бедра к животу (уменьшается угол наклона таза, что способствует хорошему продвижению головки)
- При прорезывании ягодиц оказывают пособие по Цовьянову
- После прорезывания ягодиц для оказания пособия целесообразно различать четыре этапа рождения плода: до пупка; от пупка до нижнего угла лопаток; плечевого пояса и ручек; головки.
- Ответственный момент наступает после рождения плода до пупка. С этого времени, во-первых, происходят натяжение и прижатие пуповины головкой, вступившей в таз, поэтому изгнание плечевого пояса и головки должно произойти в ближайшие 3-5 мин. Задержка рождения плода более 5-6 мин чревата развитием острой гипоксии и антенатальной гибелью плода. Во-вторых, при вступлении головки в полость таза и уменьшении объема матки возможны преждевременная отслойка плаценты и острая гипоксия плода.
- В конце II периода с целью профилактики спазма шейки матки и ущемления в ней головки внутривенно вводят 1,0 мл 0,1% раствора сульфата атропина или другие спазмолитики
- Эпизиотомия по показаниям

К оказанию *ручного пособия при чисто ягодичном предлежании по методу Цовьянова* приступают в момент прорезывания ягодиц, их поддерживают без каких-либо попыток извлечения плода. **Основная цель — способствовать нормальному членорасположению плода, не дать ножкам преждевременно родиться.** Это предупреждает развитие таких серьёзных осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки. Для чего большими пальцами их удерживают прижатыми к туловищу плода. Остальные пальцы обеих рук располагают на крестце плода. По мере рождения плода руки передвигают по туловищу к задней спайке роженицы. Направляют туловище вверх до появления нижних углов лопаток. В косом размере туловище рождается до нижнего угла передней лопатки, плечевой пояс устанавливается в прямом размере.

Дети, рожденные в тазовом предлежании, требуют особого внимания со стороны неонатологов, так как относятся к группе высокого риска по возникновению различных осложнений и, в первую очередь, неврологических.

После рождения ребенка при осмотре следует исключить признаки внутричерепной травмы, нарушения мозгового кровообращения, повреждения позвоночника, дисплазии тазобедренных суставов.