

# Неправильное положение плода (НП)

**Неправильным положением плода называют клиническую ситуацию, когда ось плода пересекает ось матки**

**Частота – 0,5-0,7%, причем у многорожавших в 10 раз чаще, чем у первородящих.**

**К неправильным положениям плода относят поперечные и косые положения.**




# Поперечное положение плода



**Клиническая ситуация,  
при которой ось плода  
пересекает ось  
матки под прямым  
углом, а крупные части  
плода расположены  
выше гребней  
подвздошных костей**

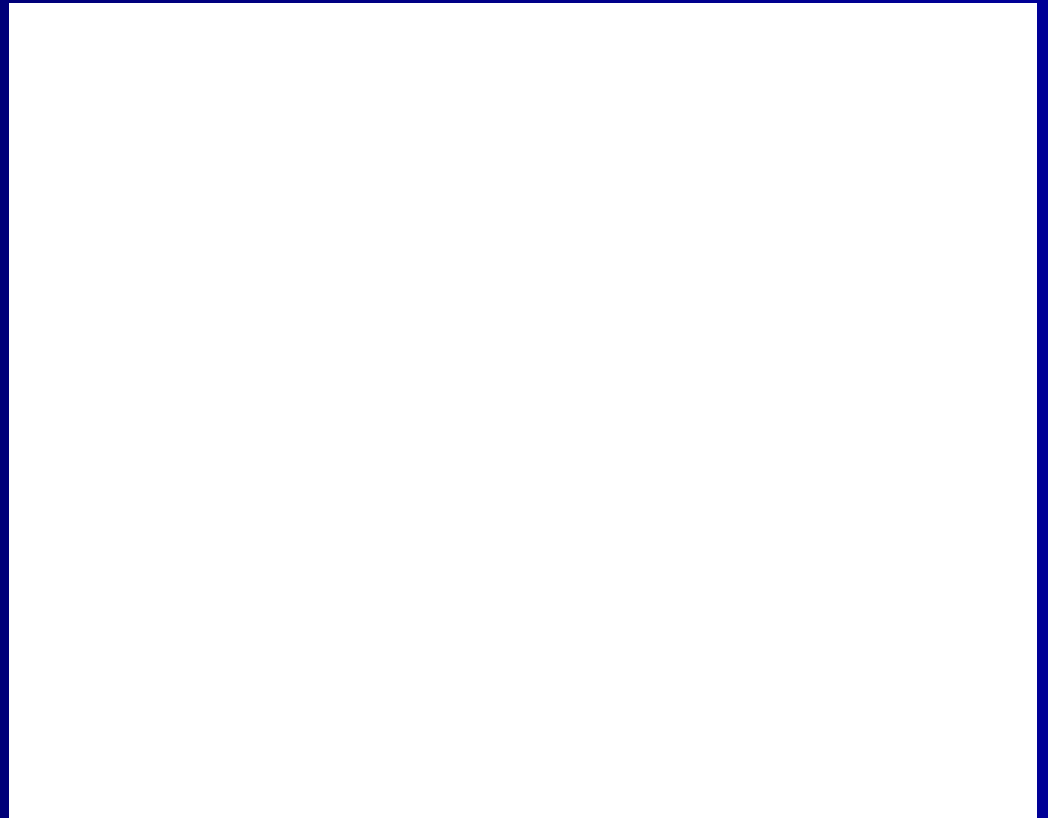
# Косое положение плода



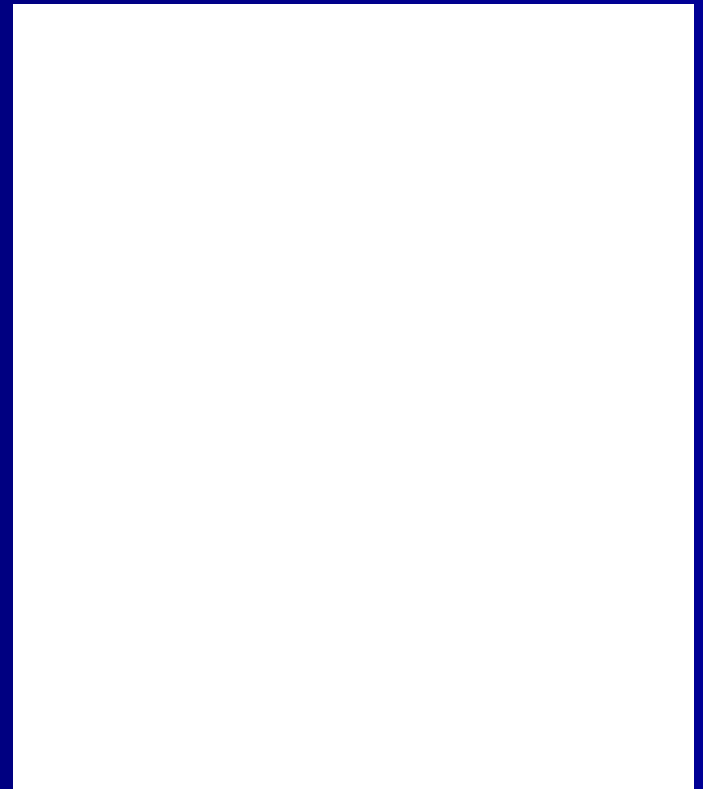
Клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под острым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещена в одной из подвздошных впадин большого таза.

Косое положение считают переходным состоянием: во время родов оно превращается в продольное либо поперечное.

**Позицию** плода при определяют по головке:  
если она расположена слева от срединной линии тела беременной – I позиция,  
если справа – II позиция.



**Вид,** определяют по спинке: если она обращена кпереди – передний вид, кзади – задний. Имеет значение расположение спинки плода по отношению ко дну матки и входу в малый таз.



# Причины возникновения НП разнообразны.

**Материнские факторы:** Узкий таз, миома матки, аномалии матки, дряблость передней брюшной стенки, многоорожавшие, рубец на матке после кесарева сечения

**Плодовые факторы:** Недоношенность, врожденные аномалии плода, многоплодие, неправильное членорасположение плода

**Плацентарные факторы:** Предлежание плаценты, многоводие или маловодие, короткость пуповины

**До 28-29 недель бер-ти НП не имеют существенного значения,  
потому что плод может принять головное предлежание**

# Клиническая картина

НП устанавливают, основываясь на данных осмотра беременной, пальпации живота, влагалищного исследования.

При осмотре обращают внимание на необычную поперечно-растянутую форму живота. При пальпации предлежащую часть плода определить не удастся, головка прощупывается слева или справа от срединной линии тела беременной.



# Диагностика

**Окончательный диагноз ставят на основании УЗИ.**

**Влагалищное исследование (ВИ) во время беременности не дает четких результатов. ВИ следует производить очень осторожно, так как вскрытие плодных оболочек и излитие вод при неполном раскрытии маточного зева значительно ухудшает прогноз родов. При ВИ после излития вод и раскрытия зева на 4 см и больше прощупывают бок плода, лопатку, подмышечную впадину, локти или кисть ручки**

# Течение беременности

Беременность протекает без особенностей, но чаще происходят преждевременные роды

## Ведение беременности в ЖК

- 1) **Госпитализация** не позже 37 недель беременности для тщательного обследования.
- 2) **Наружный поворот на головку** в настоящее время применяют редко. Эффективность такой операции невысока и приводит к тяжелым осложнениям.

**3) Корригирующая гимнастика**  
**в сроке 29-34 недель при отсутствии**  
**противопоказаний.**



# Течение родов

**При отсутствии медицинской помощи роды сопровождаются рядом серьезных и крайне опасных для жизни матери и плода осложнений (раннее излитие вод, выпадение мелких частей плода и пуповины, возникновение запущенного поперечного положения плода, разрыв матки, смерть матери и плода)**

# Ведение родов при НШ плода

При поперечном положении плода обоснованным методом родоразрешения нужно считать только кесарево сечение в плановом порядке.

## Ведение родов при НП плода

При косом положении плода роженицу укладывают на бок, соответствующий нахождению крупной части в подвздошной области. При опускании - тазовый конец плода нередко занимает продольное положение. Если положение роженицы «на боку» не исправляет косого положения плода, вопрос должен быть решен в пользу КС.



# Ведение родов при НП плода

Ведение родов естественным путем при поперечном положении и операция поворота плода на ножку допустимы только при глубоко недоношенном плоде либо при родах двойней, когда второй плод лежит в поперечном положении.



# Ведение родов при НП плода

Если роженица поступает в родильный дом с запущенным поперечным положением вне зависимости от состояния плода производят КС.





# Тазовое предлежание плода (ТП)

**«Ведение родов при тазовом предлежании это не только наука, но и искусство».**

**Частота – 3-5%.**

**Перинатальная смертность при ТП в 3-4 раза выше, чем при головном, а травматизм в 10 раз чаще.**

**Причины:**

- 1) Материнские факторы**
- 2) Плодовые**
- 3) Плацентарные**

**Материнские факторы:** Узкий таз, миома матки, аномалии матки, дряблость передней брюшной стенки, многорожавшие, рубец на матке после кесарева сечения

**Плодовые факторы:** Недоношенность, врожденные аномалии плода, многоплодие, неправильное членорасположение плода

**Плацентарные факторы:** Предлежание плаценты, многоводие или маловодие, короткость пуповины

До 28-29 недель беременности ТП не имеет существенного значения, потому что плод может принять головное предлежание. Окончательное положение в 34-36 недель.

## Классификация

- 1) Ягодичные
- 2) Ножные
- 3) Коленные (редко)

- Неполное – чисто ягодичное  
Полное – смешанное (ягодично-ножное)
- 1 ножка или 2 ножки – полное, неполное

## Диагностика

1) Наружные методы исследования (I и III приемы исследования)

2) Сердцебиение плода – выше пупка

3) УЗИ – 100%



# Тактика ведения беременности при ТП плода

## Женская консультация

- Гимнастические упражнения для исправления ТП на головное (32-37 недель беременности по И.И. Грищенко, В.В. Фомичевой и т.д.)
- Госпитализация в 37-38 недель беременности в стационар для обследования и выбора рациональной тактики родоразрешения

# Тактика ведения беременности при ТП плода

## Стационар

- Анализ акушерского анамнеза и ЭГ патологии

- УЗИ

- Рентгенопельвиометрия

- Амниоскопия

- Оценка состояния плода

- Оценка готовности женского организма к родам

# Наиболее информативно УЗИ, при котором можно определить:

- Размеры плода

- Выраженные аномалии развития

- Локализацию плаценты

- Вид ТП

- Расположение пуповины

- Согнута головка или разогнута



## Различают 4 варианта положения головки плода при ТП:

- 1) Головка согнута – угол больше  $110^\circ$
- 2) Головка слабо разогнута – «поза военного» - I степень разгибания, угол от  $100$  до  $110^\circ$
- 3) Головка умеренно разогнута – II степень разгибания, угол от  $90$  до  $100^\circ$
- 4) Чрезмерное разгибание головки – «смотрит на звезды» - III степень разгибания, угол меньше  $90^\circ$





# Течение родов при ТП плода

## Осложнения в I периоде родов:

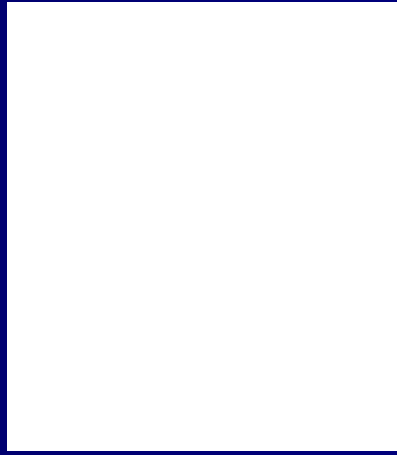
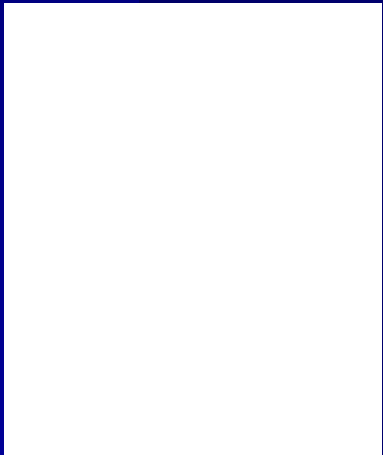
- Несвоевременное отхождение о/плодных вод
- Аномалии родовой деятельности
- Выпадение мелких частей и петель пуповины
- Асфиксия

## Ведение I периода родов

- 1) Постельный режим (на боку, на стороне позиции)
- 2) Мониторинг сократительной деятельности матки, следить за скоростью раскрытия шейки матки – в активную фазу не менее 1,2 см/час у первородящих, не 1,5 см/час у повторнородящих
- 3) При 3-4 см – спазмолитики, обезболивание, при отхождении вод – вагинальное исследование
- 4) При выпадении пуповины в конце периода раскрытия – допустимо консервативное ведение
- 5) При аномалии родовой деятельности – лечение

# **В механизме родов при ТП плода различают 4 этапа:**

- 1) Рождение плода до пупка**
- 2) Рождение от пупка до нижнего угла лопатки**
- 3) Рождение плечевого пояса и ручек**
- 4) Рождение головки**



**Дети, рожденные в ТП относятся к группе  
высокого риска. В родах должен  
присутствовать неонатолог.**

# **Осложнения во II периоде родов:**

- Асфиксия**
- Вколачивание ягодиц**
- Образование заднего вида**
- Запрокидывание ручек**
- Спазм шейки матки**
- Затрудненное отведение головки**
- Травматизм матери и плода**

# Ведение II периода родов

- 1) С началом II периода родов показано в/в капельное введение окситоцина
- 2) К концу II периода родов на фоне введения окситоцина ввести спазмолитики
- 3) Роды ведутся по Цовьянову. Классическое ручное пособие при отсутствии продвижения плода после рождения до нижнего угла лопатки в течение 5 минут

## **Показания к плановому КС:**

**Отягощенный акушерский анамнез**

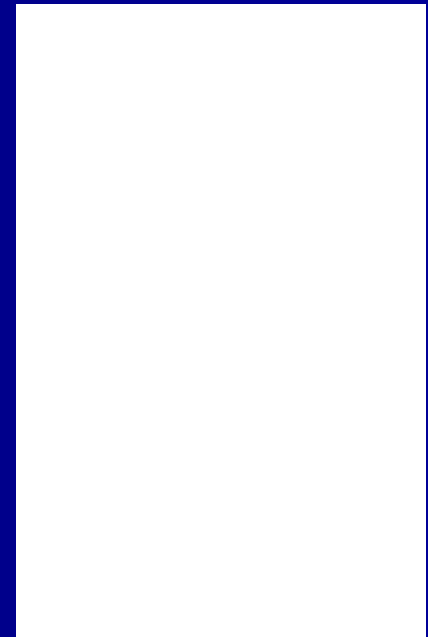
**Предполагаемая масса плода менее 2000 гр и 3600 гр и выше**

**III степень разгибания головки**

**Узкий таз**

**Хроническая гипоксия плода**

**Переношенность**



# **Показания к плановому кесареву сечению:**

**Первородящая старше 30 лет**

**Предлежание пуповины, пуповины**

**Рубец на матке**

**ТП первого плода при многоплодии**

**Отсутствие готовности родовых путей к родам и др.**



## **Показания к экстренному кесареву сечению:**

**Отсутствие эффекта от родовозбуждения или родостимуляции**

**Выпадение пуповины и мелких частей плода при небольшом раскрытии шейки матки**

**Слабость родовой деятельности**

**Гипоксия плода и др.**

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**

