

**ТЕМА: НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ
ПЛОДА.**

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА.

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.

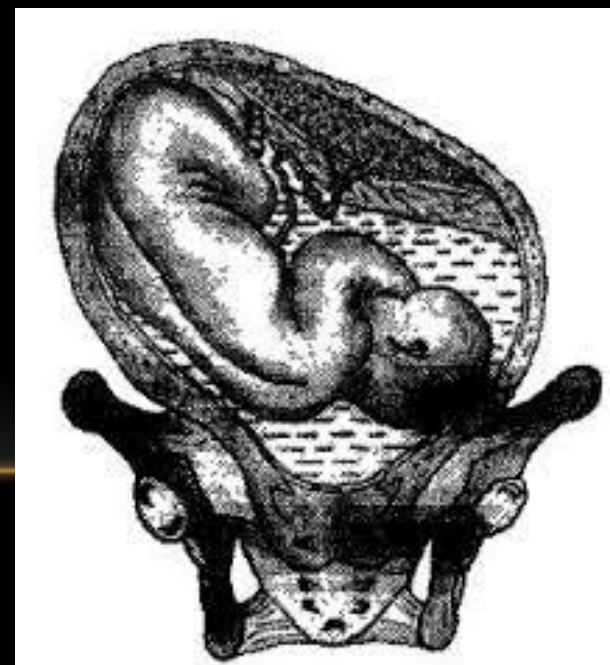


К неправильным положениям плода относят поперечные и косые положения.

Поперечным положением называют клиническую ситуацию, при которой ось плода пересекает ось матки под прямым углом, а крупные части плода расположены выше гребней подвздошных костей



Косым положением называют клиническую ситуацию, 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 НП определяют по головке: если она расположена слева от срединной линии тела беременной – первая позиция, если справа – вторая.

Вид, как и при продольном положении плода, 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. Сюда относятся:

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 НП не имеет 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, на чаще происходят преждевременные роды

Ведение беременности

- 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 НП плода

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

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 косоного 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.

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

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА



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

Определение: Тазовое предлежание — вариант расположения плода в матке, при котором его тазовый конец предлежит к входу в малый таз женщины.

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

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.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

□ 1.ягодичное предлежание:

- — чисто ягодичное предлежание (ко входу в малый таз прижаты ягодицы ребенка, а ножки вытянуты вдоль тела);
- — смешанное ягодичное предлежание (ко входу в малый таз прижаты ягодички и ножки, согнутые в коленных и тазобедренных суставах, ребенок как бы сидит на корточках).

□ 2.ножное предлежание:

- — полное ножное (предлежат только обе ноги);
- — неполное ножное (предлежит одна ножка, а другая вытянута вдоль туловища);
- — коленное (ребенок стоит на коленях).
- Самым неблагоприятным и редким видом тазового предлежания считается коленное (встречается в 0,3% случаев).

Клиническая классификация

1. *Чисто ягодичное предлежание.*

Предлежат ягодицы, ножки плода согнуты в тазобедренных суставах, разогнуты в коленных суставах и вытянуты вдоль туловища.



КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

2. *Смешанное*. Ножки полностью согнуты в коленных суставах и прижаты к животу плода.



КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

3. *Ножное*. Предлежат одна или обе стопы либо (крайне редко) колени плода. Различают полное и неполное ножные предлежания. При полном ножном предлежании предлежат обе ножки, при неполном - одна ножка или колени плода.

НОЖНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

- Полное



ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

- Роды через естественные родовые пути при ягодичном предлежании плода могут быть проведены, когда вес плода колеблется от 2500,0 гр. до 3800,0 гр. Нет доказательных данных о влиянии родов в тазовом предлежании при мужском поле плода

Тактика ведения беременности при ТП плода

Женская консультация

- Гимнастические упражнения для исправления тазового предлежания на головное (32-37 недель беременности по И.И. Грищенко, В.В. Фомичевой, Е.В. Брюхиной, И.Ф. Диканю)



Тактика ведения беременности при ТП плода

Стационар

- Анализ акушерского анамнеза и ЭГ патологии
- УЗИ (предлежание, биометрия, степень разгибания головки)
- Рентгенопельвиометрия
- Амниоскопия
- Оценка состояния плода
- Оценка готовности женского организма к родам

Наиболее информативно УЗИ, при котором можно определить:

- Предлежание и размеры плода
- Выраженные аномалии развития плода
- Локализацию плаценты
- Вид ТП
- Расположение пуповины
- Согнута головка или разогнута



Физикальное обследование:

- Высокое стояние дна матки, обусловленное расположением тазового конца плода над входом в таз. При пальпации живота беременной определяют, что головка плода (округлое плотное ballotирующее образование) расположена в дне матки, а ягодицы (крупная неправильной формы не ballotирующая предлежащая часть) - над входом в малый таз. Сердцебиение плода выслушивают выше пупка или на его уровне.
- Влагалищное исследование. При влагалищном исследовании над входом в малый таз определяется мягковатая предлежащая часть, не ballotирует. При наличии раскрытия шейки матки можно пальпировать борозду между ягодицами, крестец, половые органы плода. При чисто ягодичном предлежании можно найти паховый сгиб. При смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицами прощупывают стопу. С помощью пальпации крестца уточняют позицию и вид.

Немедикаментозное лечение

- При поступлении беременной в стационар акушером-гинекологом принимается решение о тактике ведения родов исходя из данных акушерского анамнеза, технической и лекарственной оснащенности медицинской организации, собственного клинического опыта и стандартов оказания медицинской помощи.
- При отсутствии противопоказаний для родов через естественные родовые пути, беременная должна получить информацию о рисках и преимуществах родов и о возможном, но необязательном кесаревом сечении. От неё должно быть получено информированное согласие. (III-A)
- Обсуждение способа родов, на который дает согласие женщина, а также предполагаемая тактика ведения должны быть подкреплены соответствующей медицинской документацией. (III-B)

- Клиники, осуществляющие влагалищное родоразрешение при ягодичном предлежании плода должны соответствовать следующим требованиям: наличие квалифицированных специалистов, клинических протоколов, а также проведение информирования женщины о возможных осложнениях. (III-B)
- Беременным с противопоказанием к родам через естественные родовые пути показано кесарево сечение. В случае отказа от кесарева сечения беременные должны быть проинформированы обо всех возможных осложнениях и последствиях данного отказа. (III- A)

Различают 4 варианта положения головки плода при ТП:

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

Управление родами. Основные принципы ведения вагинальных родов при ТП:

- Роды ведутся по партограмме

Клиническое обследование таза проводится для исключения патологического сужения таза (Ш-В).

- Рентгенологическая пельвиометрия не является необходимой для безопасных родов; положительный прогресс родов является наилучшим показателем адекватных пропорций «плод-таз».(III-В)

- Длительный электронный мониторинг сердца плода предпочтителен в первом периоде родов и является обязательным во втором периоде родов.(I-А)

- При разрыве плодных оболочек рекомендуется незамедлительное влагалищное исследование (исключить выпадение пуповины).(III-В)

- При отсутствии адекватного прогресса в родах в течение 2-х часов, рекомендуется кесарево сечение (II-IA), решать в индивидуальном порядке.
- При ягодичном предлежании плода возбуждение родовой деятельности не рекомендуется.(II-3B).
- Уменьшение частоты и силы маточных сокращений (маточная дистония) вследствие эпидуральной анестезии может лечиться при помощи введения окситоцина.
- Пассивный второй период без активных потуг может длиться до 90 минут, давая возможность плоду с ягодичным предлежанием опуститься в таз.
- Роды должны происходить при доступной операционной, во время родов необходимо присутствие неонатолога, владеющего навыками оказания реанимационной помощи в полном объеме (III-A)
- Если с началом активных потуг роды не происходят в течение 60 минут, рекомендуется кесарево сечение (I-A).

Методы (приемы и пособия) используемые при родах с ягодичным предлежанием

- При родах в ягодичном предлежании очень важно активное участие матери, поэтому следует избегать воздействия седативными препаратами и эпидуральной анестезией, чтобы максимально использовать потуги.
- Врач и акушерка, ведущие роды при ягодичном предлежании плода, должны иметь необходимые навыки и опыт. (II-1A)
- Опытный акушер-гинеколог, уверенно принимающий роды через естественные родовые пути при ягодичном предлежании плода, должен присутствовать при родах, чтобы наблюдать за действиями других специалистов. (I-A)
- На всех родах должен присутствовать врач-неонатолог, владеющий навыками оказания реанимационной помощи в полном объеме;
- Рекомендуемое положение – литотомическое.

- В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ТРЕБУЕТСЯ НАЛИЧИЕ КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ ВРАЧЕЙ, ГОТОВОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ, ОПЕРАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА В ПРЕДЕЛАХ 30-МИНУТ ОТ МОМЕНТА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОПЕРАТИВНЫХ РОДАХ. (III-A)
- АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ ДОЛЖЕН ЧЕТКО ПРЕДСТАВЛЯТЬ ПЛАН ПРЕДПОЛАГАЕМЫХ ДЕЙСТВИЙ (АЛГОРИТМ) И БЫТЬ ГОТОВЫМ К ТОМУ, ЧТОБЫ ПРЕДПРИНЯТЬ СРОЧНЫЕ МЕРЫ ПРИ РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ (НАПРИМЕР: ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА). (III-B)
- ДЛЯ БЕЗОПАСНОСТИ РОДОВ БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ РОЖЕНИЦЫ К ПРОЦЕССУ РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА. (II-1A)
- ПРИ РОЖДЕНИИ ГОЛОВКИ, АКУШЕРКА, ЛИБО АССИСТЕНТ ВРАЧА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ГОТОВЫ К ПРИМЕНЕНИЮ НАДЛОБКОВОГО ДАВЛЕНИЯ, КОТОРОЕ ПОМОЖЕТ СГИБАНИЮ И ВСТАВЛЕНИЮ ГОЛОВКИ ПЛОДА. (II-3B)

- При ягодичном предлежании плода приемлемы как самостоятельные роды, так и роды с оказанием акушерских пособий. Следует избегать принудительного извлечения плода, причём воздействие на плод допустимо только при самостоятельных родах, когда плод родился до уровня пупка. (III-A)
- При запрокидывании ручек следует оказывать классическое ручное пособие. (III-B).
- Появление головки плода может происходить самостоятельно, либо с помощью надлобкового давления или с использованием метода Морисо-Смелли (Mauriceau- Smellie-Veit). (III-B). Приём Морисо-Левре (Морисо-Смелли) применяется для освобождения головки, если её рождение задерживается.

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 кесареву сечению:

- **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 для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Плановая госпитализация при доношенной беременности, когда имеются показания к кесаревому сечению.

Экстренная с началом родовой деятельности.

Показания к плановому кесареву сечению:

- Предлежание пуповины. (II-3A)
- Задержка развития плода или макросомия (при массе 4000,0 г и более).(I-A)
- Ножное предлежание плода
- Полное ягодичное предлежание плода с разогнутым или нейтральным положением головки.(III-B)
- Клинически узкий или деформированный таз матери.(III-B)
- Аномалии плода, несовместимые с родами через естественные родовые пути (III-B)

Показания к экстренному кесареву сечению:

- отсутствие адекватного прогресса в родах в течение 2-х часов, решать в индивидуальном порядке (II-IA)**
- отсутствие родов в течение 60 минут от начала активных потуг (I-A)**

**1.Какие выделяют факторы развития
ТП?**

**2.Назовите клиническую
классификацию ТП**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

