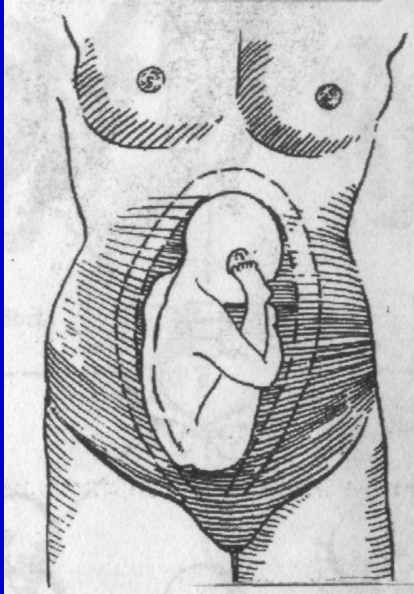
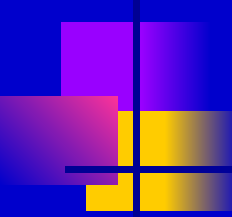


Казанский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №2

Тазовые предлежания плода

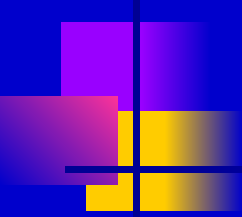


Профессор Габидуллина Р.И.

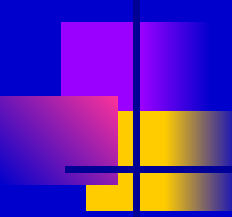


Актуальность

- Высокая частота акушерских осложнений: несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, затяжные роды, операции, инфекционные осложнения.
- Перинатальная смертность при родах в тазовом предлежании выше в 3-5 раз
- 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

*Тазовые
предложения*

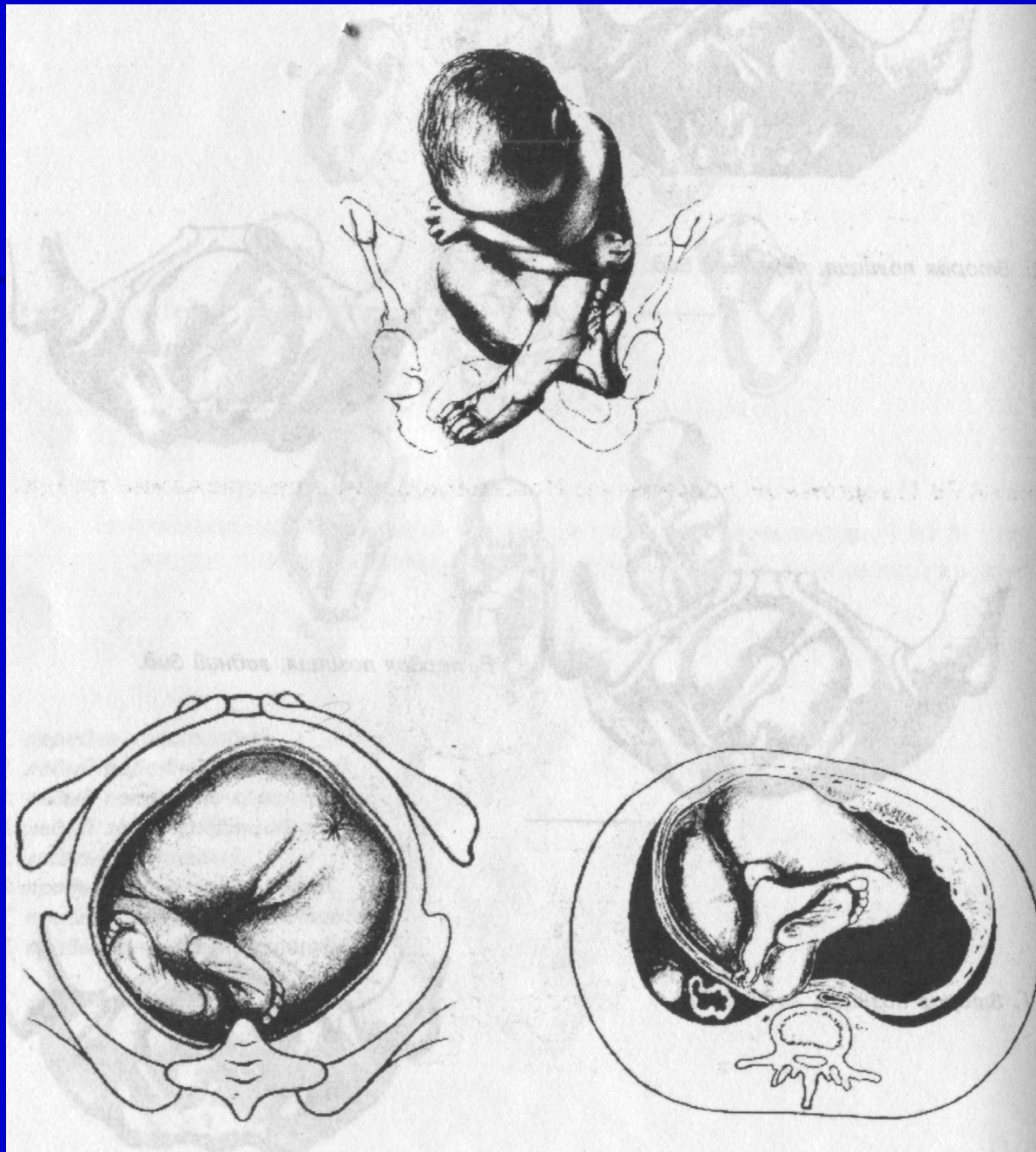
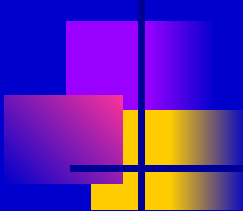
Ягодичные

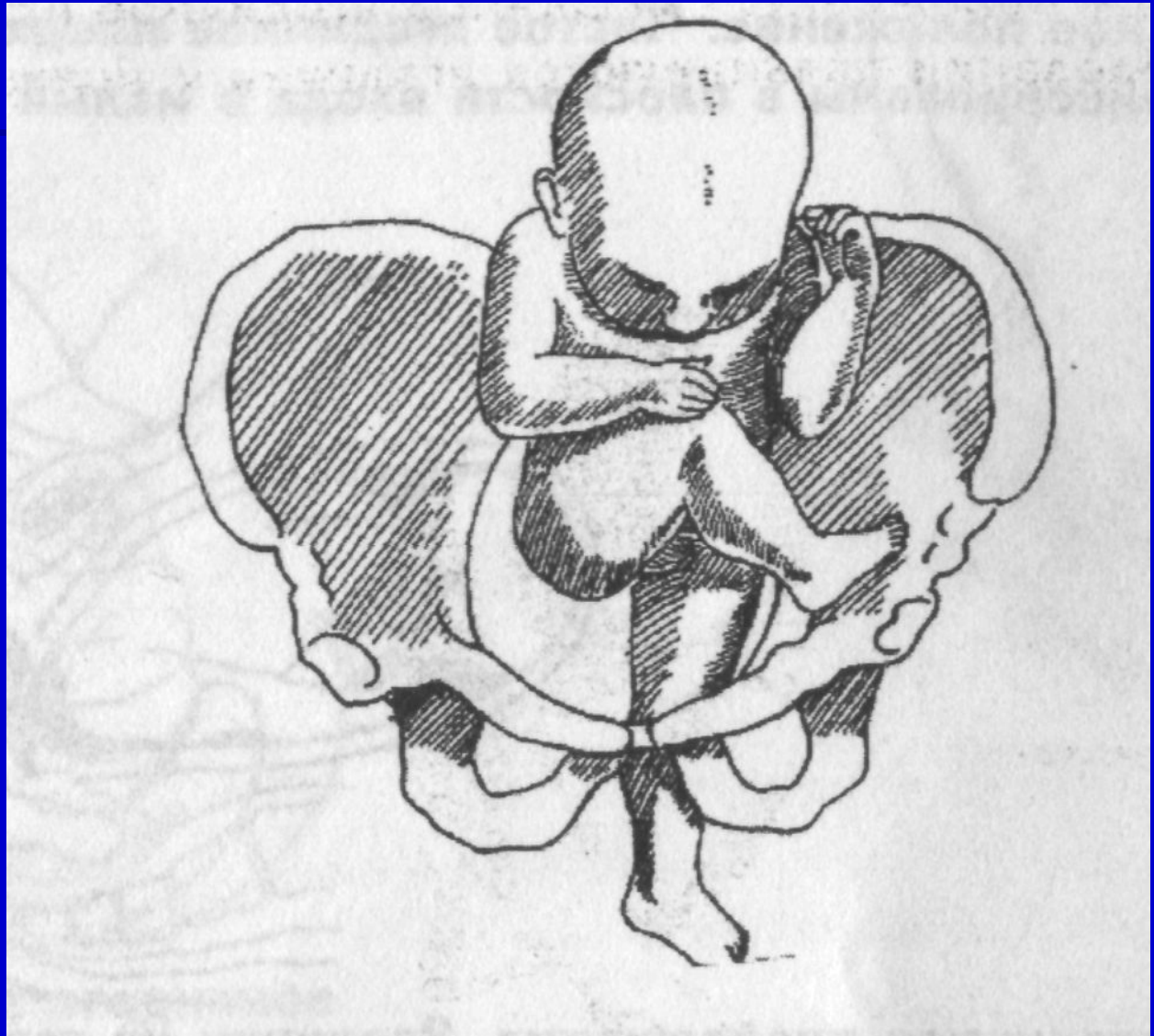
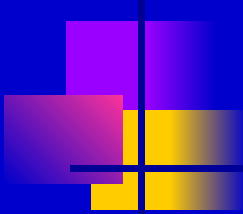
- чисто ягодичные
- смешанные

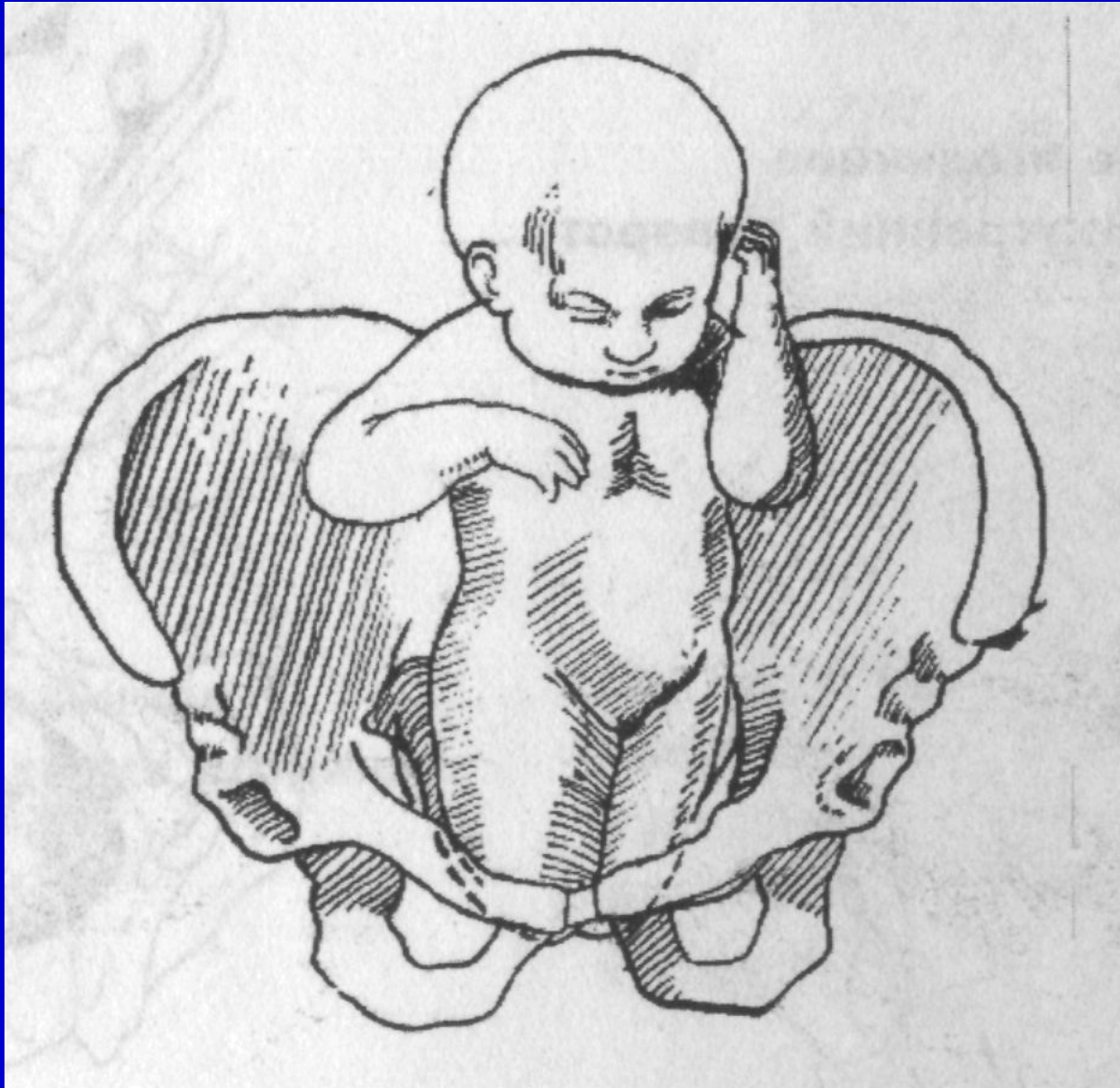
Ножные

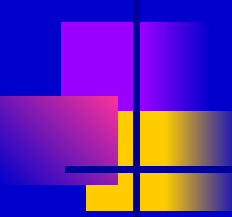
- полные
- неполные
- коленные











Факторы, способствующие тазовым предлежаниям

Материнские:

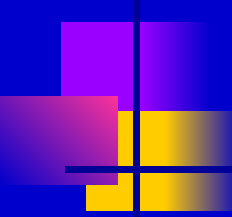
- Аномалии развития матки (двурогая)
- Опухоли матки (миома)
- Узкий таз
- Опухоли таза
- Снижение или повышение тонуса матки у многорожавших
- Рубец на матке

Факторы, способствующие тазовым предлежаниям

Плодовые:

- Недоношенность (20,6%)
- Многоплодие (13%)
- ВЗРП
- Врожденные аномалии плода
(анэнцефалия, гидроцефалия)

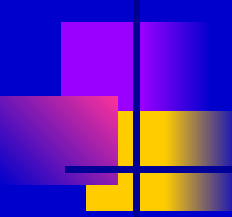
Характер предлежания плода формируется в
30-34 недели беременности



Факторы, способствующие тазовым предлежаниям

Плацентарные:

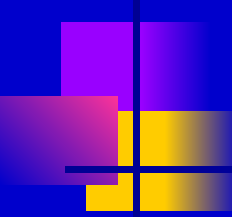
- Предлежание плаценты
- Маловодие или многоводие



Диагностика

При наружном осмотре:

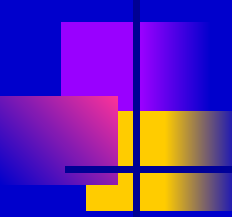
- Предлежащая часть крупная, мягкая, не баллотируется; в дне матки – крупная, твердая, баллотирующая часть плода (головка)
- Позиция определяется по крестцу
- Сердцебиение плода определяется на уровне пупка и выше



Диагностика

Влагалищное исследование:

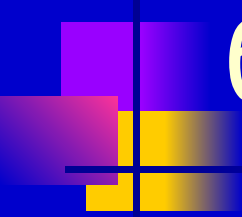
- Во время беременности через своды прощупывается объемистая мягковатая часть
- В родах при раскрытии шейки матки, особенно при разрыве плодного пузыря, диагноз уточняется



Биомеханизм родов

- Первый момент – внутренний поворот ягодиц
- Второй – боковое сгибание поясничной части плода
- Третий – внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища
- Четвертый – боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника
- Пятый – внутренний поворот головки
- Шестой – сгибание головки

Особенности течения беременности

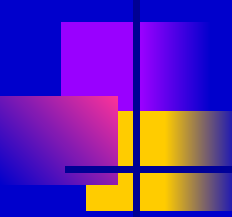


Осложнения беременности в 1 половине:

- Угроза прерывания

Осложнения беременности во 2 половине:

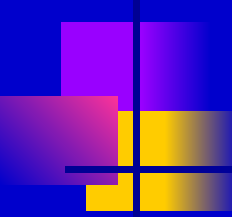
- Гестоз (35,6%)
- Угроза прерывания (39,3%)
- Гипотрофия плода



Особенности течения родов

1 период:

- Раннее или преждевременное излитие околоплодных вод
- Выпадение петель пуповины и мелких частей плода (в 5 раз чаще)
- Слабость родовой деятельности (отсутствует плодный пузырь)
- При длительном безводном периоде и затяжных родах – инфекция родовых путей, гипоксия плода

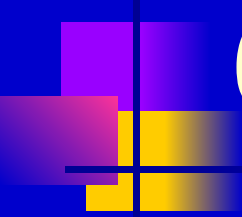


Особенности течения родов

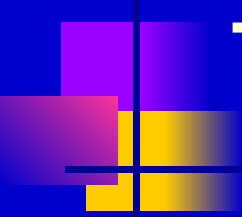
2 период:

- Запрокидывание ручек и разгибание головки
- Гипоксия плода и асфиксия новорожденного
- Травмы матери и плода

Тактика ведения беременности

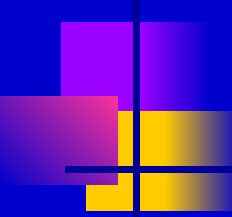


- До 28 недель – выжидательное наблюдение (у 70% повторнородящих и 30% первородящих происходит спонтанный поворот)
- Комплекс гимнастических упражнений (29-30 недель)



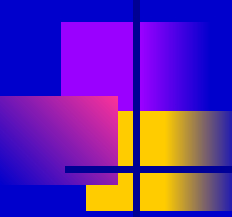
Тактика родоразрешения

- Спонтанное начало родов и родоразрешение через естественные родовые пути (пособие по Цовьянову)
- Родовозбуждение в срок или до срока родов
- Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в плановом порядке



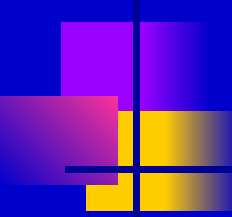
Факторы, определяющие тактику родоразрешения

- Возраст женщины
- Срок беременности
- Размеры малого таза
- Осложнения беременности
- Масса плода
- «Зрелость» шейки матки



Показания для планового кесарева сечения

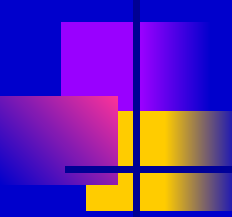
- Тазовое предлежание при массе плода более 3600 г и менее 2000 г
- Перенашивание беременности
- Неподготовленность родовых путей при доношенной беременности
- Аномалии развития половых органов
- Анатомически узкий таз
- Хроническая гипоксия плода
- Разгибание головки III степени



Ведение родов через естественные родовые пути

В I периоде:

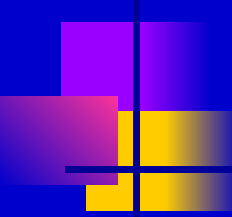
- Постельный режим
- Применение анальгетиков и спазмолитиков
- Профилактика внутриутробной гипоксии плода



Ведение родов через естественные родовые пути

Во II периоде:

- Пособие по Цовьянову
- В конце II периода с целью профилактики спазма шейки матки при рождении головки вводят атропин и спазмолитики



Акушерские операции, выполняемые при тазовых предлежаниях

- Кесарево сечение (плановое и экстренное)
- Классическое ручное пособие при тазовом предлежании
- Прием Морисо-Левре-Лашапелль

Благодарю за внимание

