

Крымский Федеральный университет им. В.И.
Вернадского
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И
ГИНЕКОЛОГИИ №2

ТЕМА:
ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ
ПЛОДА

Выполнил
а: студентка 4 курса
П-С-О
группа 161-В

1. Вариант расположения плода в матке, при котором его тазовый конец предлежит ко входу в малый таз женщины.

2. Роды в тазовом предлежании встречаются в 3 — 5 % случаев и считаются патологическими

3. Перинатальная смертность в 4 — 5 раз выше, чем при головных предлежаниях.



Плод в чисто ягодичном предлежании, William Smellie, 1792

На 24-26 нед. в силу незрелости вестибулярного аппарата у плода тазовые предлежания встречаются часто (33%). В последующем, иногда даже в последние дни, ТП переходит в ГП. Предлежание плода, как правило, окончательно формируется к 35-37 нед гестации

Классификация.

Ягодичные

Неполное

(чисто
ягодичное)

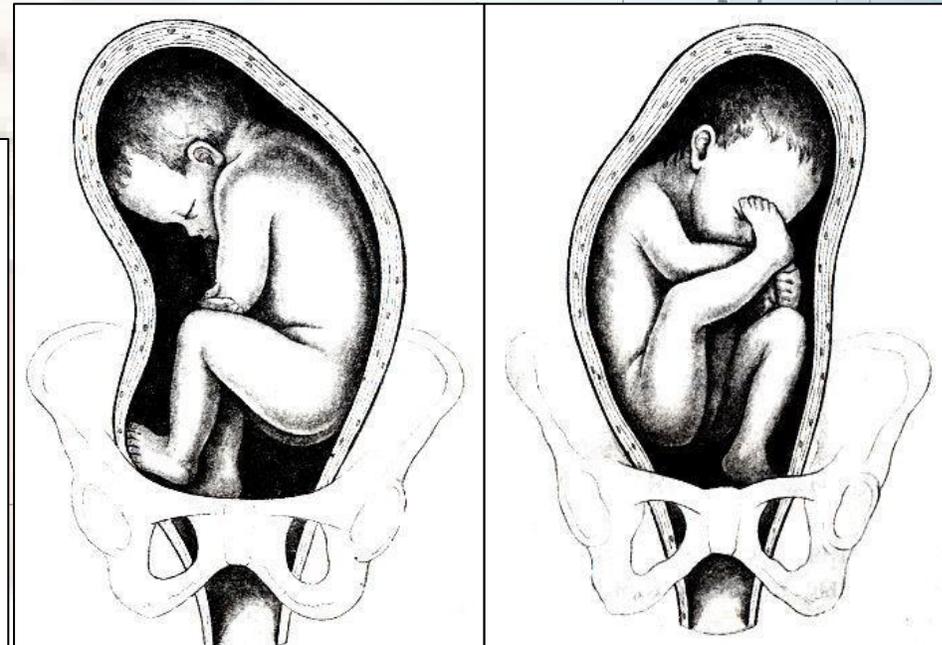
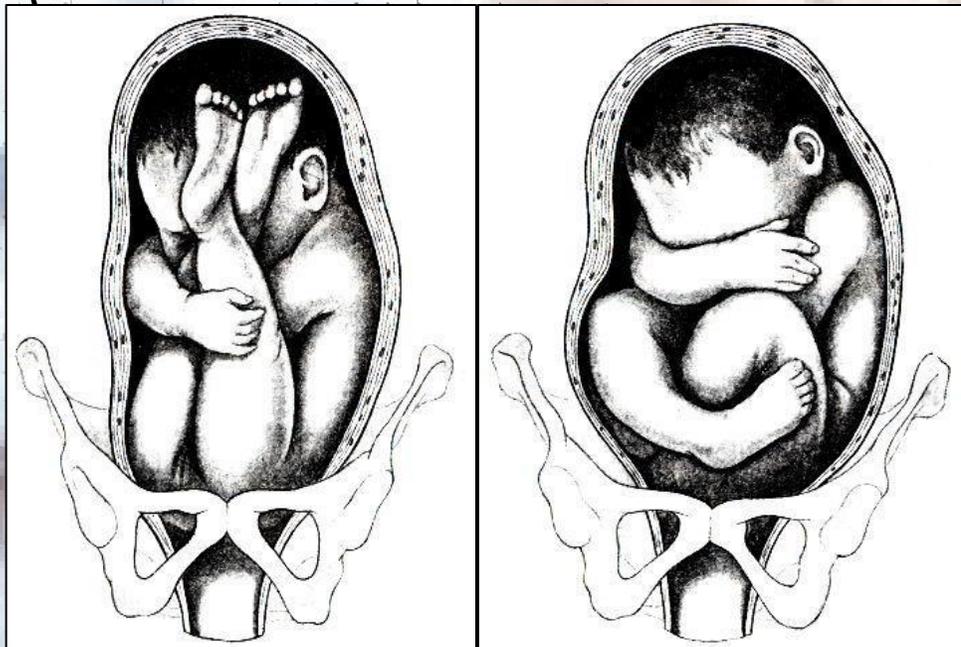
Ножные

Полное
(смешанное)

Коленное

Полное

Неполное



Этиология.

Предрасполагающие факторы

Материнские:

- 1) Аномалии развития матки.
- 2) Миома.
- 3) Узкий таз.
- 4) Большое количество родов в анамнезе.
- 5) Снижение или повышение тонуса маточной мускулатуры.

Плацентарные:

- 1) Предлежание плаценты.
- 2) Локализация плаценты в области трубных углов и дна.
- 3) Многоводие.
- 4) Маловодие.

Плодовые:

- 1) Аномалии развития плода (гидроцефалия, анэнцефалия).
- 2) Недоношенность.
- 3) Снижение двигательной активности плода.
- 4) Многоплодие.

ДИАГНОСТИКА

Наружное
акушерско

е



УЗ
И



Влагалищн
ое

Диагно
з



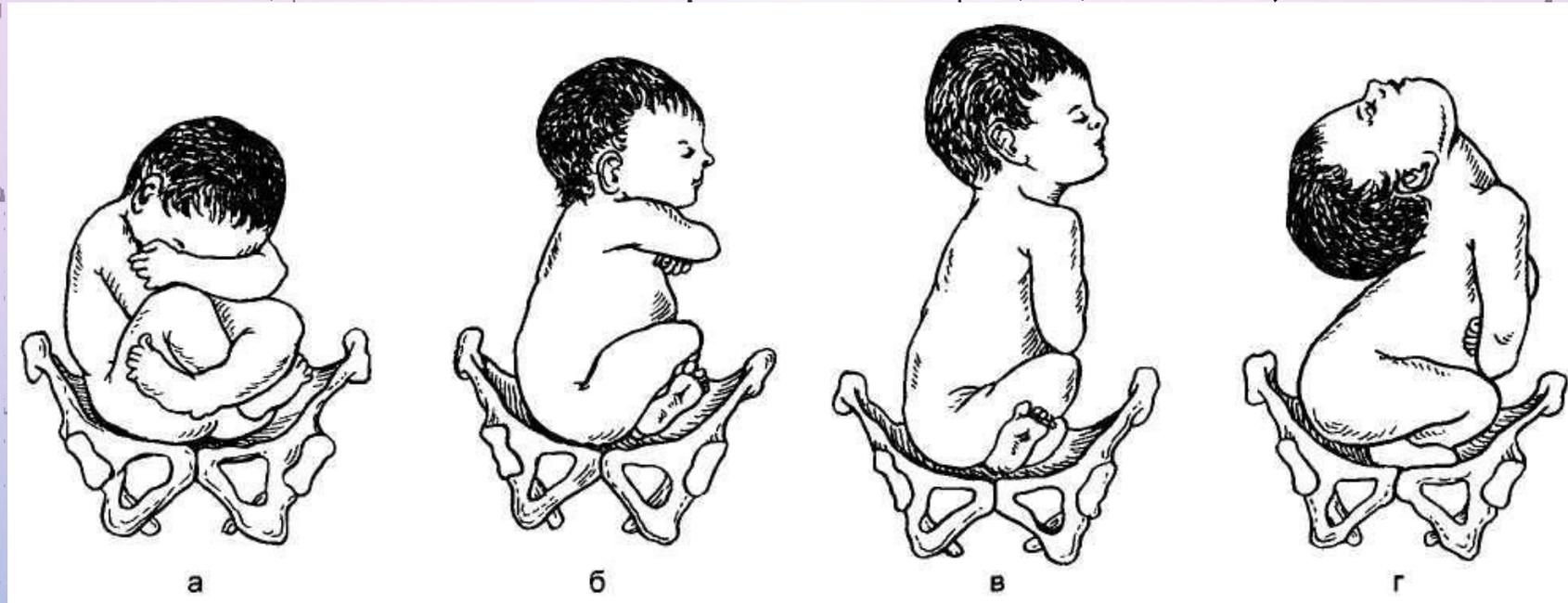
Диагностика.

- 1) **Приёмы Леопольда-Левецкого:** первым определяется плотная, крупная, округлая часть (головка); третьим – крупная мягкая часть, не имеющая чётких контуров.
- 2) **Сердцебиение плода** выслушивается справа или слева выше пупка.
- 3) **Влагалищное исследование:** во время беременности – крупная, мягковатая часть или мелкие части плода; во время родов – пальпируется крестец, копчик, межъягодичная складка, половые органы, анус (при чисто ягодичном) и стопы (при ножном).
- 4) **Дополнительные методы:** ЭКГ (QRS книзу, а не кверху, как при головном), ФКГ, УЗИ.

4 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА

1. В ДНЕ МАТКИ – БАЛЛОТИРУЮЩАЯ ГОЛОВКА, СМЕЩЕННАЯ ТО ВЛЕВО, ТО ВПРАВО, ДНО МАТКИ СТОИТ ВЫШЕ, ЧЕМ ПРИ ГП
2. ПО СПИНКЕ ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЮТ ЕГО ПОЗИЦИЮ И ВИД
3. НАД ВХОДОМ ИЛИ ВО ВХОДЕ В ТАЗ ПРОЩУПЫВАЕТСЯ КРУПНАЯ НЕ БАЛЛОТИРУЩАЯ, МЯГКОЙ КОНСИСТЕНЦИИ ОБРАЗОВАНИЕ.
4. ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ ПЛОДА РАСПОЛАГАЕТСЯ ВЫСОКО НАД ВХОДОМ В МАЛЫЙ ТАЗ

УЗИ (ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ)

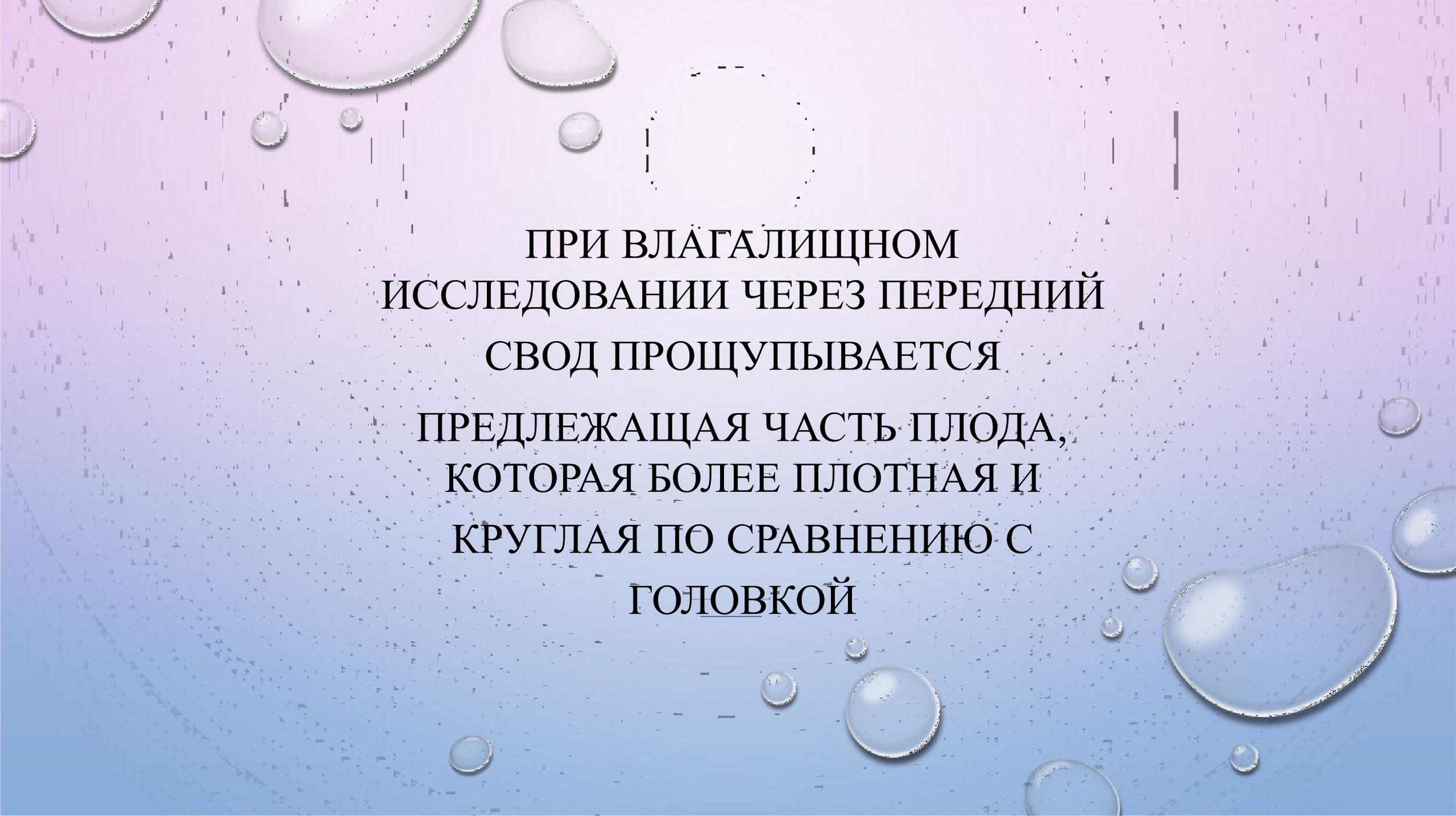


А. ГОЛОВА СОГНУТА

Б. I СТЕПЕНЬ РАЗГИБАНИЯ (ПОЗА ВОЕННОГО)

В. II СТЕПЕНЬ РАЗГИБАНИЯ (ПОЗА ГОРДОГО РЕБЕНКА)

Г. III СТЕПЕНЬ РАЗГИБАНИЯ (СМОТРЯЩИЙ НА ЗВЕЗДЫ)

The background features a light blue gradient with numerous water droplets of various sizes scattered across it. A faint, dashed outline of the map of Russia is visible in the upper center of the image.

ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ
ИССЛЕДОВАНИИ ЧЕРЕЗ ПЕРЕДНИЙ
СВОД ПРОЩУПЫВАЕТСЯ
ПРЕДЛЕЖАЩАЯ ЧАСТЬ ПЛОДА,
КОТОРАЯ БОЛЕЕ ПЛОТНАЯ И
КРУГЛАЯ ПО СРАВНЕНИЮ С
ГОЛОВКОЙ

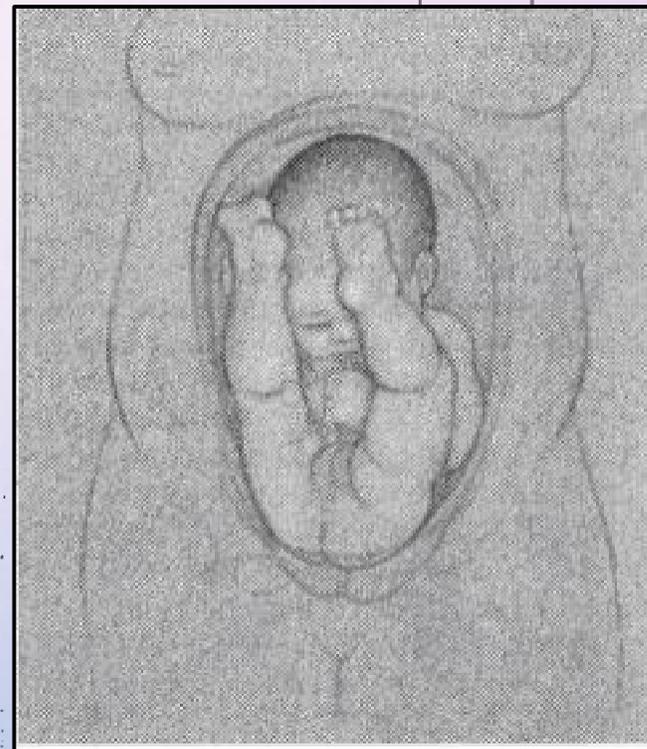
- РОДЫ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА СУЩЕСТВЕННО ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ТАКОВЫХ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫСОКАЯ ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ, ПРЕВЫШАЮЩАЯ ПОТЕРЮ ДЕТЕЙ ПРИ РОДАХ В ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ В 4-5 РАЗ. ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В СРЕДНЕМ В 3,5-5% ВСЕХ РОДОВ. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ И МНОГОПЛОДИИ ЧАСТОТА ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ ПЛОДА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В 1,5-2 РАЗА. 80 ИЗ 1000 ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ, ИМЕЮТ ТРАВМЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (КРОВОИЗЛИЯНИЯ В МОЗЖЕЧОК, СУБДУРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ, ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА И РАЗРЫВЫ МОЗЖЕЧКОВОГО НАМЕТА). ОБЩАЯ ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ РОДАХ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ СОСТАВЛЯЕТ 1,5-1,6%



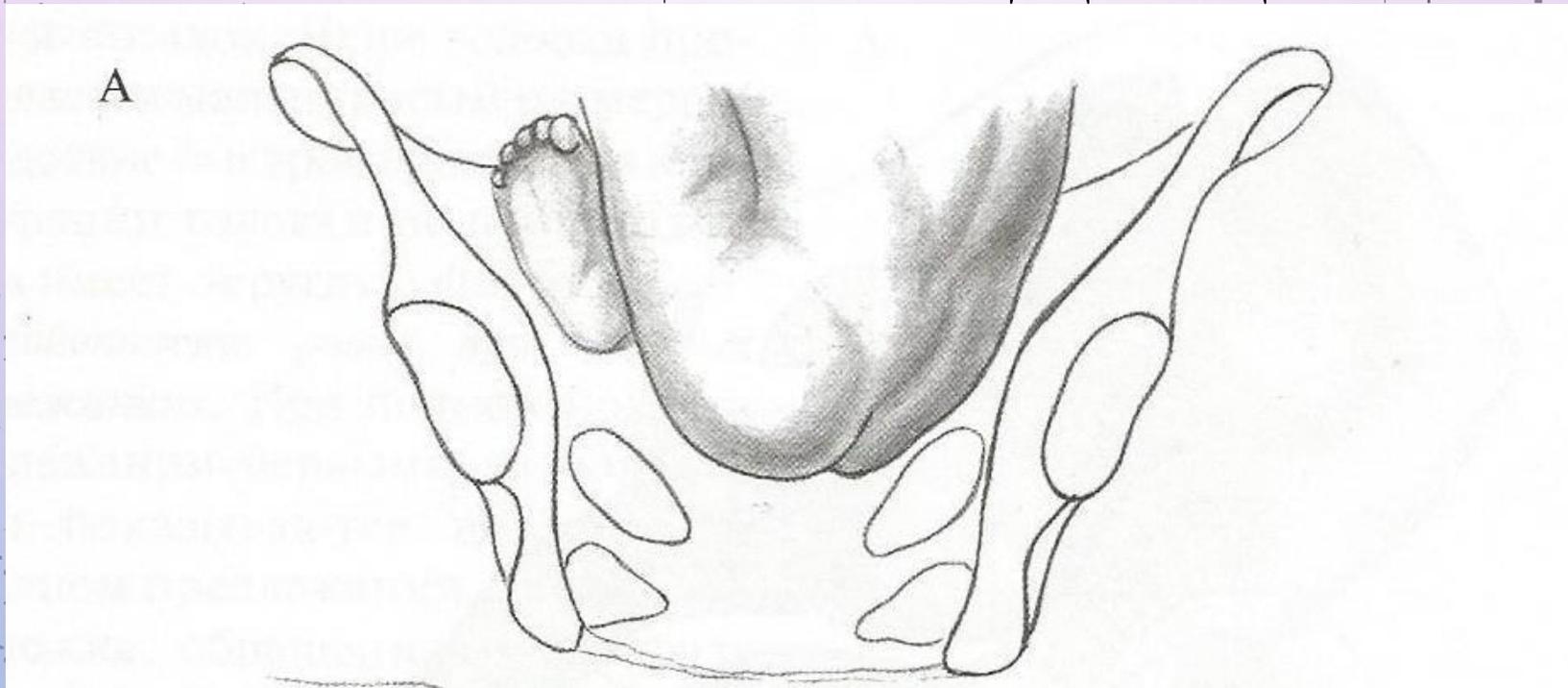


МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ
ТАЗОВЫХ
ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ПЛОДА
6 МОМЕНТОВ!

В НАЧАЛЕ ПЛОД
СВОИМ
ПОПЕРЕЧНЫМ
РАЗМЕРОМ
РАСПОЛАГАЕТСЯ
В КОСОМ ИЛИ В
ПОПЕРЕЧНОМ
РАЗМЕРАХ
ПЛОСКОСТЕЙ
ВУЛА В МАТКЕ

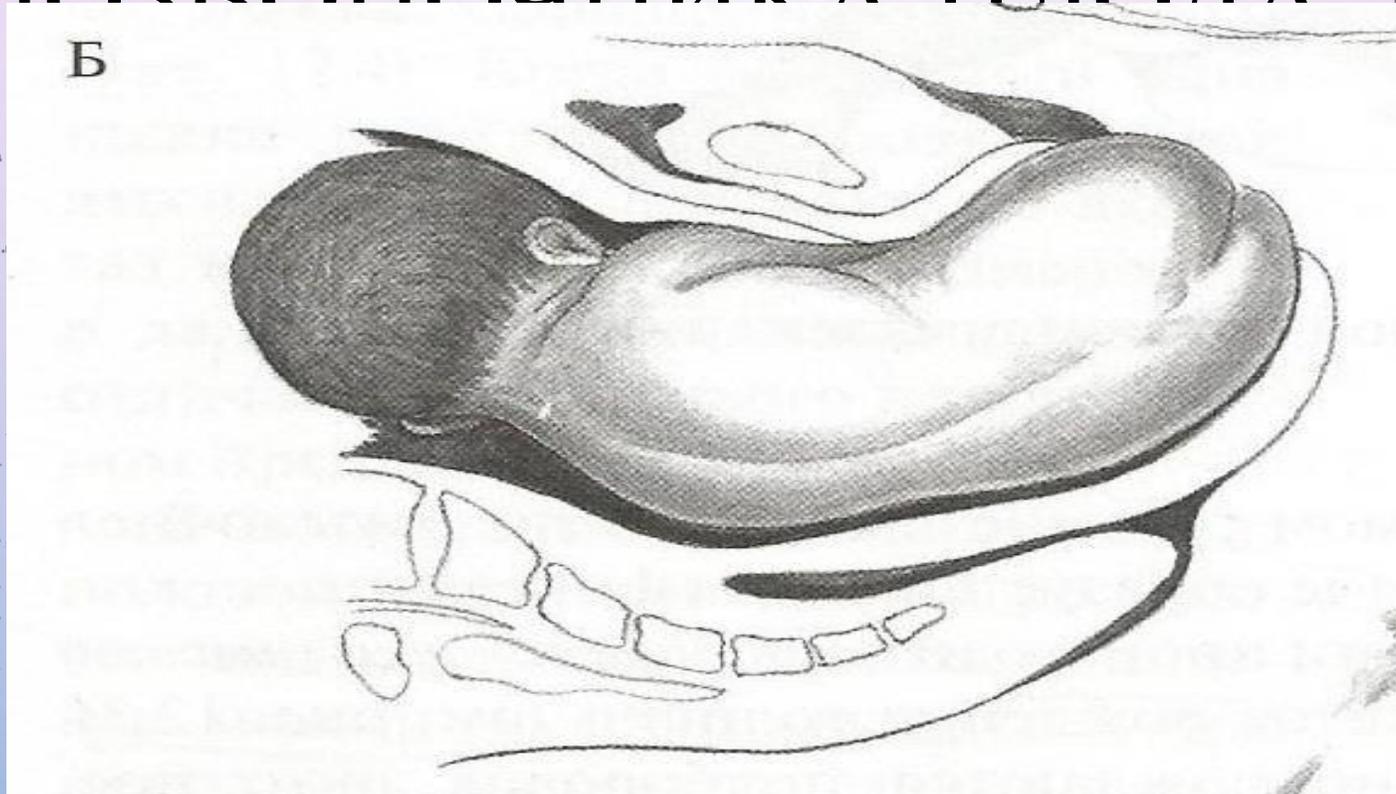


1. ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ ЯГОДИЦ



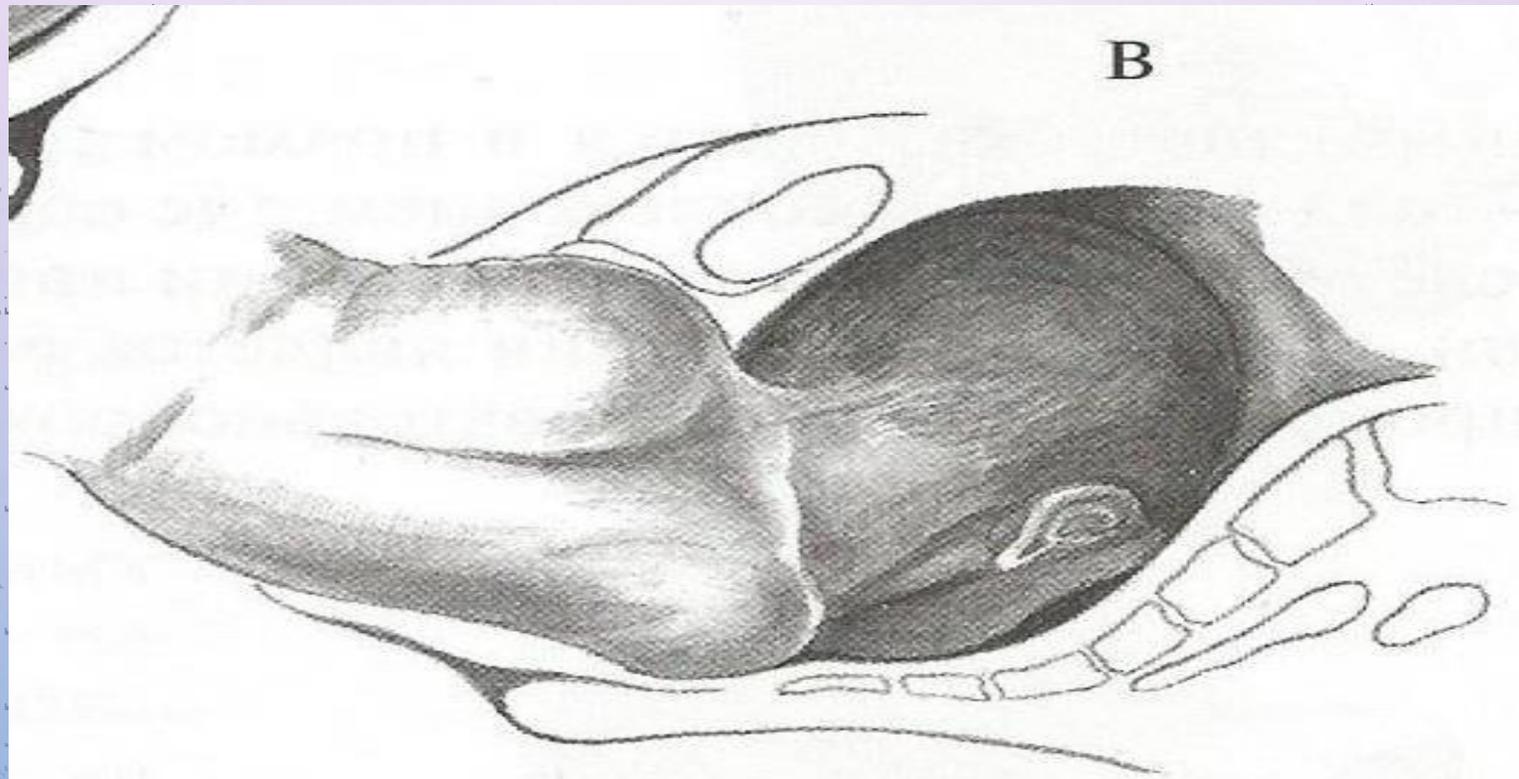
поперечный размер ягодиц устанавливается в
прямом размере таза.

2. БОКОВОЕ СГИБЕНИЕ ПОЯСНИЧНОЙ ЧАСТИ ПОЗВОНОНИКА ПЛОДА



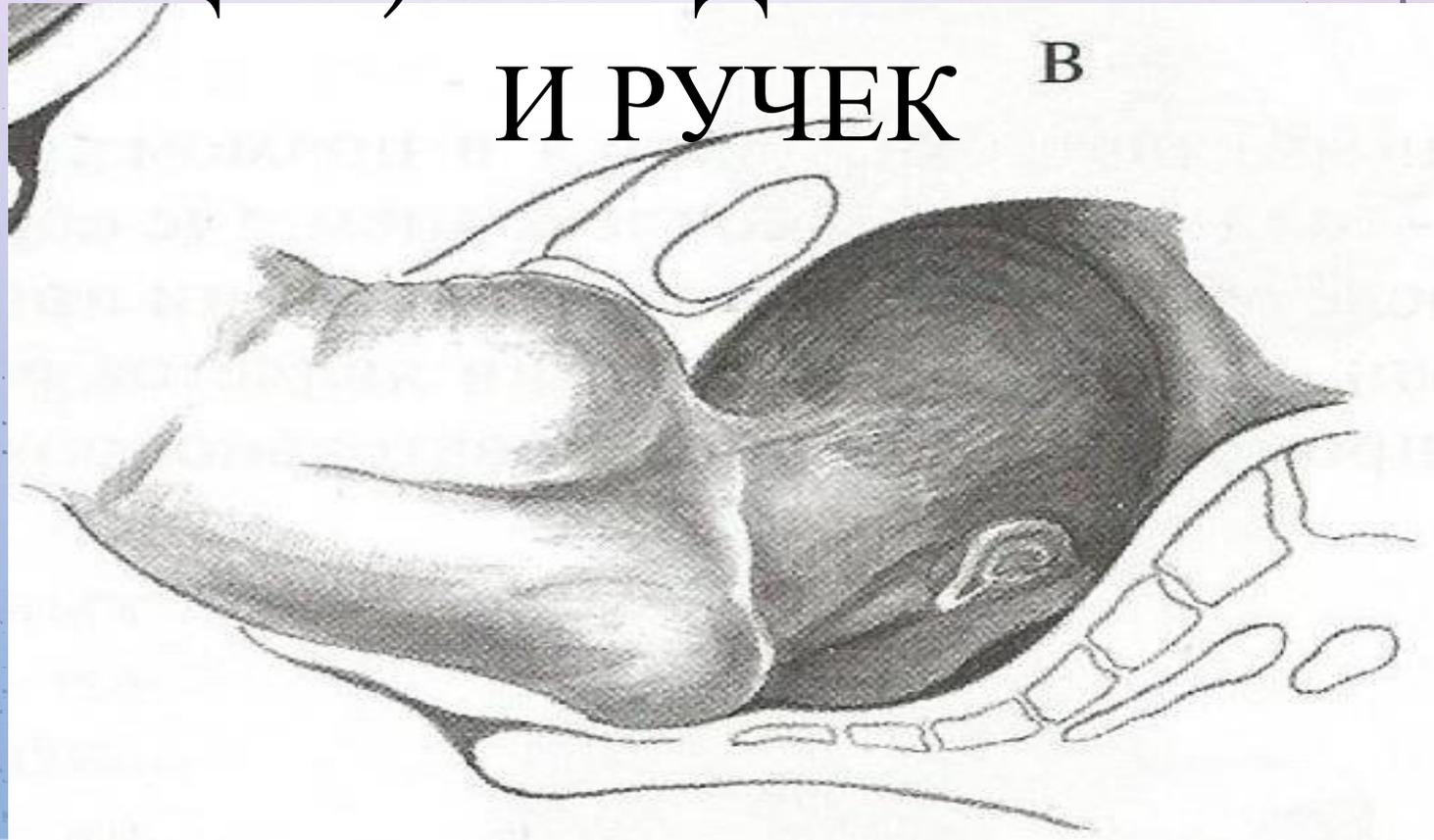
Рождаются ягодицы. Плечики же своим поперечным размером вступают в тот косой размер входа в таз, через который прошли ягодицы.

3. ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ ПЛЕЧИКОВ И НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ТУЛОВИЩА



плечики устанавливаются в прямом размере
плоскости выхода.

4. БОКОВОЕ СГИБАНИЕ ШЕЙНО-
ГРУДНОЙ ЧАСТИ ПОЗВОНОЧНИКА.
(ПОСЛЕ ОБРАЗОВАНИЯ ТОЧЕК
ФИКСАЦИИ) РОЖДЕНИЕ ПЛЕЧИКОВ
И РУЧЕК



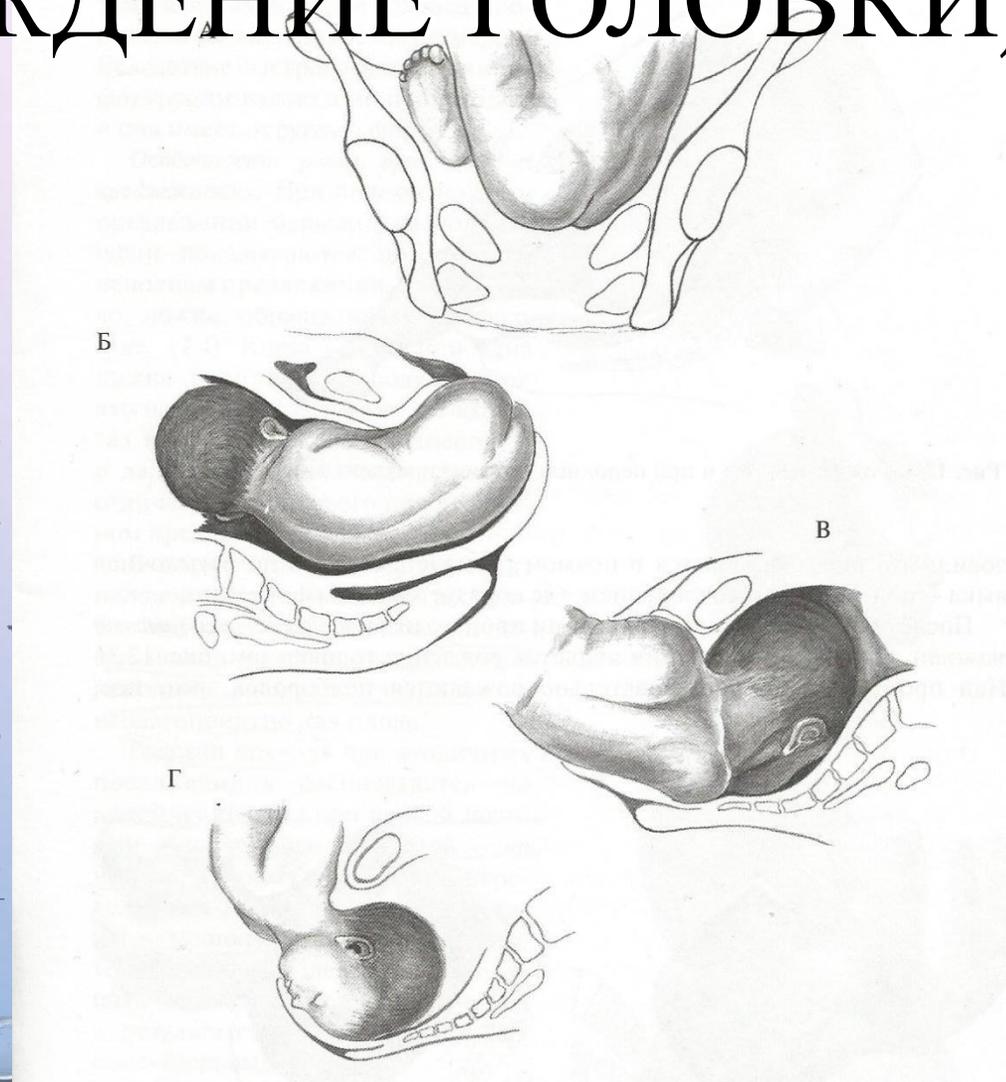
**ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ- БОКОВОЕ СГИБАНИЕ
ШЕЙНО- ГРУДНОЙ ЧАСТИ ПОЗВОНОЧНИКА.**

ПРОИСХОДИТ ОТНОСИТЕЛЬНО ТОЧКИ
ФИКСАЦИИ МЕЖДУ НИЖНИМ КРАЕМ
ЛОННОЙ ДУГИ МАТЕРИ И ВЕРХНЕЙ ТРЕТЬЮ
ПЛЕЧИКА ПЛОДА, ОБРАЩЕННОГО К ПЕРЕДИ.
В ИТОГЕ, РОЖДЕНИЕ ПЛЕЧИКОВ И РУЧЕК.

5. ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ ГОЛОВКИ

САГИТТАЛЬНЫЙ ШОВ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ В
ПРЯМОМ РАЗМЕРЕ ПЛОСКОСТИ ВЫХОДА.

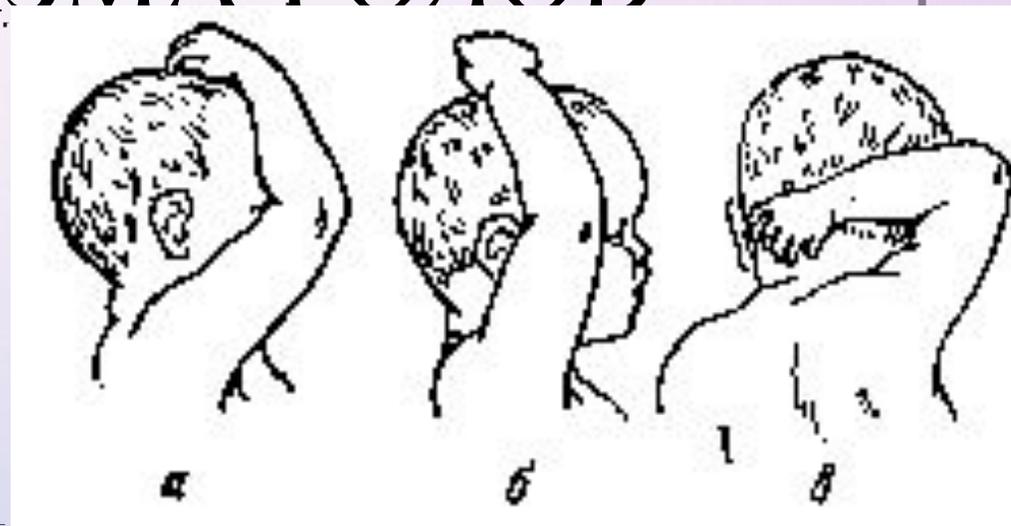
6. СГИБАНИЕ ГОЛОВКИ (РОЖДЕНИЕ ГОЛОВКИ)



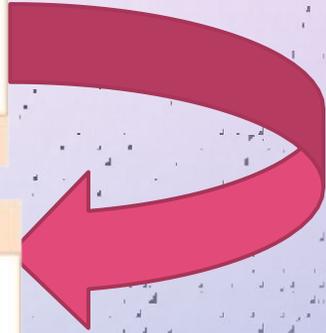
ОТКЛОНЕНИЕ ОТ НОРМАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА РОЛОВ

1. Задний вид

- Чрезмерное разгибание головки
- 2. Запрокидывание ручек
- I степень
- II степень
- III степень



ПРИ НАРУШЕНИИ
МЕХАНИЗМА РОДОВ БЕЗ
АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ
РОЖДЕНИЕ ПЛОДА
НЕВОЗМОЖНО.
ПЛОД ПОГИБАЕТ ОТ
АСФИКСИИ.



БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ СМЕШАННОМ ЯГОДИЧНОМ И НОЖНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ:

- **БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ СМЕШАННОМ ЯГОДИЧНОМ И НОЖНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ**
- БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ДАННЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ОТЛИЧАЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ПЕРВЫМИ ИЗ ПОЛОВОЙ ЩЕЛИ ПОКАЗЫВАЮТСЯ ВМЕСТО ЯГОДИЦ ЛИБО ЯГОДИЦЫ И НОЖКИ ПЛОДА (ПРИ СМЕШАННОМ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ), ЛИБО НОЖКИ (ПРИ ПОЛНОМ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ) ИЛИ НОЖКА (ПРИ НЕПОЛНОМ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ). В ПОСЛЕДНЕМ СЛУЧАЕ РАЗОГНУТОЙ (ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ) НОЖКОЙ БЫВАЕТ, КАК ПРАВИЛО, ПЕРЕДНЯЯ.

ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- **ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД**
- **ВЫПАДЕНИЯ ПЕТЕЛЬ ПУПОВИНЫ И МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ ПЛОДА**
- **СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**
ЧАСТО ЭТИ ОСЛОЖНЕНИЯ СОЧЕТАЮТСЯ ДРУГ С ДРУГОМ.

ОСЛОЖНЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- **ОБРАЗОВАНИЕ ЗАДНЕГО ВИДА**
- **ЗАТРУДНЕННОЕ ВЫВЕДЕНИЕ ГОЛОВКИ**
- **ЗАПРОКИДЫВАНИЕ РУЧЕК**
- **ВКОЛАЧИВАНИЕ ЯГОДИЦ (ЧАСТО СЛЕДСТВИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НЕСООТВЕТСТВИЯ ПЛОДА И ТАЗА МАТЕРИ)**
- **СПАЗМ ШЕЙКИ МАТКИ**

ЧТО ДЕЛАТЬ?

НА 38 НЕДЕЛЕ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ ПОВОРОТ ПЛОДА НА ГОЛОВКУ С ПРИМЕНЕНИЕМ В-АМ (СНИЖЕНИЕ ТОНУСА МАТКИ) ДАЛЕЕ ПРОВОДИМ КТГ В ТЕЧЕНИЕ ЧАСА.

ЕСЛИ НЕ ПОМОГАЕТ, ТО ВЫБИРАЕМ МЕТОД РОДРАЗРЕШЕНИЯ.

1. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.
2. ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ.

**Большинство акушеров не рискуют и
отдают предпочтение кесареву
сечению.**

Частота кесарева сечения: от 70-100%

Показания к кесареву сечению

- Разгибание головки III степени по данным УЗИ
- Тазовое предлежание плода при многоплодной беременности
- Анатомически узкий таз
- Ножное предлежание плода
- Масса плода более 3600 г
- Рубец на матке

ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- Профилактика раннего вскрытия плодного пузыря, выпадения петель пуповины: постельный режим на боку, куда обращена спинка плода.
- Обезболивание: анальгетики (промедол), спазмолитики (но- шпа, папаверин, бускопан), эпидуральная анестезия.
- Профилактика слабости родовой деятельности (окситоцин).

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- ПРОФИЛАКТИКА СПАЗМАШЕЙКИ МАТКИ, ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВО ВРЕМЯ / ВРЕЗЫВАНИЯ ЯГОДИЦ. (АТРОПИН) - -
- ПРОВЕДЕНИЕ ЭПИЗИОТОМИИ ИЛИ ПЕРИНЕОТОМИИ
- АКУШЕРСКОЕ ПОСОБИЕ.

4 ЭТАПА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА:

1. ДО ПУПКА;
2. ОТ ПУПКА ДО НИЖНЕГО УГЛА ЛОПАТКИ (**КРИТИЧЕСКИЙ МОМЕНТ**- НАТЯЖЕНИЕ И ПРИЖАТИЕ ПУПОВИНЫ ГОЛОВКОЙ, ВСТУПИВШЕЙ В ТАЗ. ПОЭТОМУ ИЗГНАНИЕ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА И ГОЛОВКИ ДОЛЖНО ПРОИЗОЙТИ В ТЕЧЕНИЕ 3-5 МИН!!! ЗАДЕРЖКА ЧРЕВАТА РАЗВИТИЕМ ГИПОКСИИ ПЛОДА И ЕГО ГИБЕЛЬЮ)
3. ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА И РУЧЕК ;
4. ГОЛОВКИ.

ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ РОДЫ В ТАЗОВОМ
ПРЕДЛЕЖАНИИ ЗАКОНЧИЛИСЬ БЛАГОПОЛУЧНО ДЛЯ
МАТЕРИ И ПЛОДА, ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ
НЕОБХОДИМО ОКАЗАТЬ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ТАЗОВОГО
ПРЕДЛЕЖАНИЯ.

ПРИ ЧАСТИЧНО ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ –
МЕТОД Н.А. ЦОВЬЯЛОВА (1929)
МЕТОД МОРИСО-ЛЕВРЕ-ЛАШАПЕЛЛЬ (ДЛЯ
ВЫВЕДЕНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА)

ПОСОБИЕ ПО ЦОВБЯЛОВУ

ЦЕЛЬ:

1. СОХРАНИТЬ НОРМАЛЬНОЕ
ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА.
2. ПРЕДУПРЕДИТЬ
ЗАПРОКИДЫВАНИЕ РУЧЕК



ТЕХНИКА

1. ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЯГОДИЦ УТОЧНЯЮТ ПОЗИЦИЮ ПЛОДА ПО ПОЛОЖЕНИЮ ЕГО ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ;



2. Затем с момента прорезывания ягодиц большие пальцы рук, охватывая бедра плода, располагают на задней их поверхности, остальные пальцы — в области крестцовой кости. Такое расположение рук, предупреждая провисание ягодиц и их преждевременное выпадение, способствует также и их направлению кпереди (к лону);

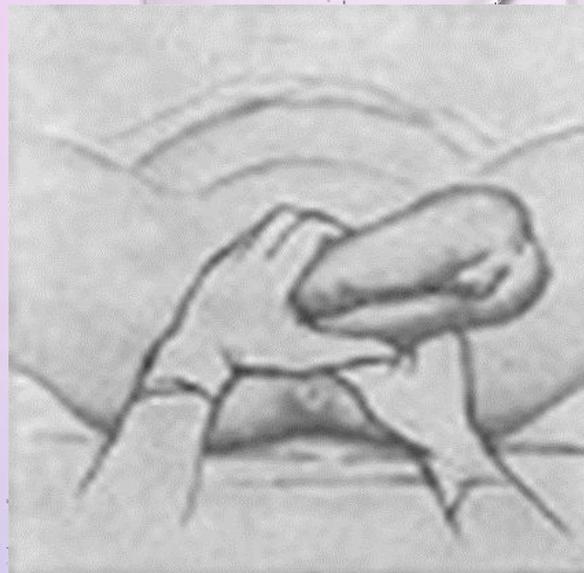




3. ПО МЕРЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА РУКИ ПРОДВИГАЮТ К ПОДОВОЙ ШЕДЕ. ПОСТЕПЕННОЕ ПРОДВИЖЕНИЕ БОЛЬШИХ ПАЛЬЦЕВ ПРЕПЯТСТВУЕТ НЕСВОЕВРЕМЕННОМУ ВЫПАДЕНИЮ НОЖЕК ПЛОДА;



4. ТУЛОВИЩЕ ПЛОДА СНОВА ПОСТЕПЕННО ПЕРЕХОДИТ В КОСОЙ РАЗМЕР И К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА ДО НИЖНИХ УГЛОВ ЛОПАТОК ЯГОДИЦЫ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ В ПРЯМОМ РАЗМЕРЕ; ПЕРЕДНЕЕ ПЛЕЧИКО ПРИ ЭТОМ ПОДХОДИТ ПОД ЛОННУЮ ДУГУ;



5. ТРАКЦИЯМИ КНИЗУ ОСВОБОЖДАЮТ ПЕРЕДНЕЕ ПЛЕЧИКО, ТРАКЦИЯМИ КВЕРХУ ОСВОБОЖДАЮТ ЗАДНЕЕ ПЛЕЧИКО. ПЛОД САМОСТОЯТЕЛЬНО ПЕРЕХОДИТ (ПОВОРАЧИВАЕТСЯ) ЗАТЫЛКОМ ПОД НИЖНИЙ КРАЙ ЛОНА. В СООТВЕТСТВИИ СО СЛЕДУЮЩЕЙ ПОТУГОЙ ПРОИЗВОДЯТ ТРАКЦИИ РЕЗКО КПЕРЕДИ (НА ЖИВОТ МАТЕРИ), РОЖДАЕТСЯ ГОЛОВКА ПЛОДА;



Рождение головки по методу Цовьянова

«ЗАСЛОНКА» ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИ НОЖНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ



СПОСОБ ЦОВЬЯНОВА - НЕ ДОПУСТИТЬ РОЖДЕНИЯ
НОЖЕК РАНЬШЕ НУЖНОГО МОМЕНТА

- ДОСТИЖЕНИЕ ПОЛНОГО ОТКРЫТИЯ ШЕЙКИ
МАТКИ К МОМЕНТУ ИЗГНАНИЯ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА И
ГОЛОВКИ.

Происходит раздражение нервных окончаний стоп, представляющих собой рефлексогенную зону, что приводит к рефлекторным глотательным движениям и заглатываю плодом околоплодных вод

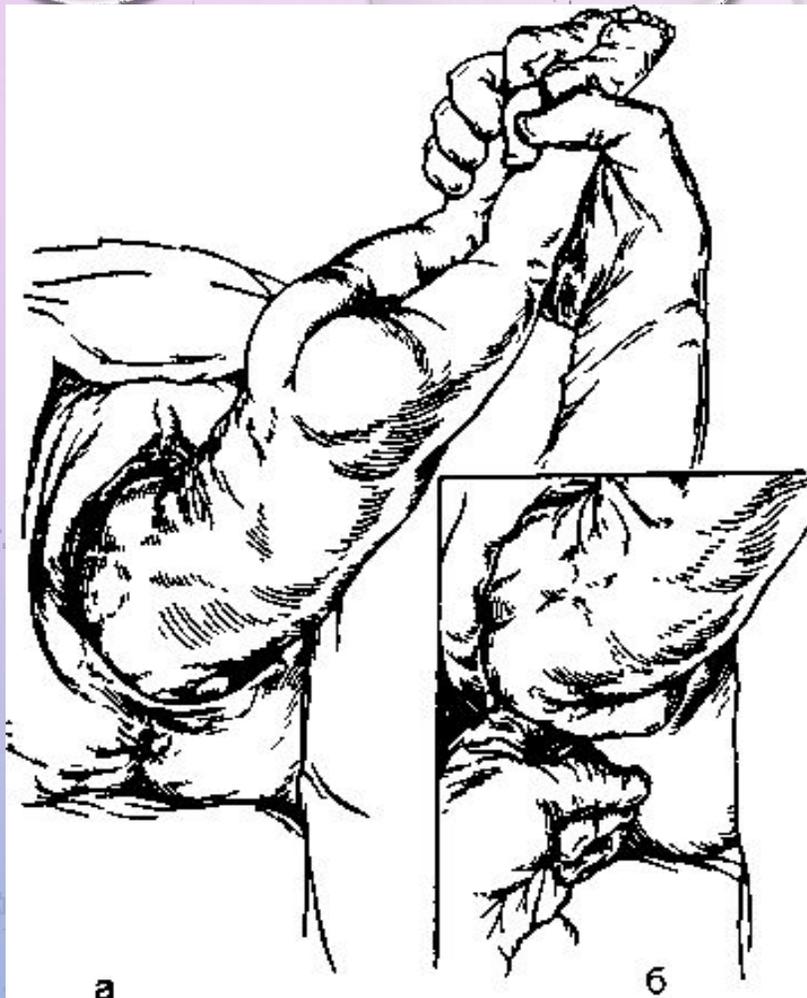
КЛАССИЧЕСКОЕ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ТПШ



Цель: выведении ручек и головки во втором периоде родов. К пособию прибегают, когда плод родится до нижнего угла лопаток.

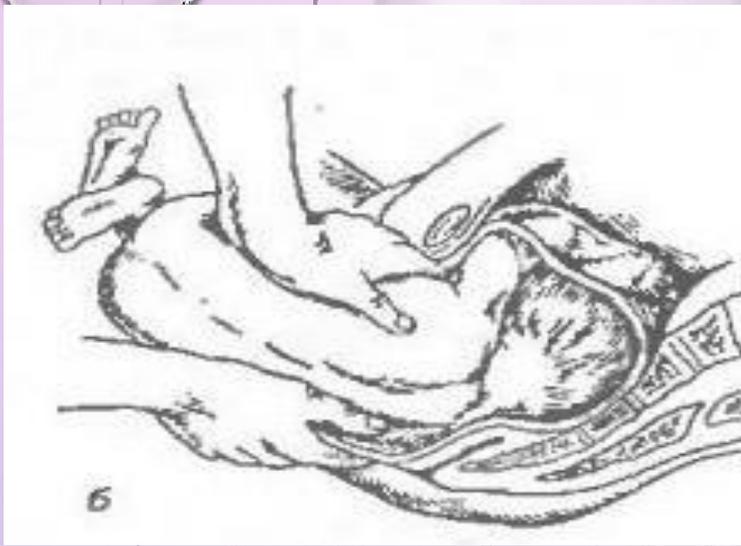
Показанием к ручному пособию является задержка рождения ручек и головки, которая находится в полости малого таза.

Если после рождения туловища до нижних углов лопатки не произошло рождение ребенка в течении 2—3 мин, то приступают к ручному пособию.



1. СВОБОДНОЙ РУКОЙ ЗАХВАТЫВАЮТ ОБЕ НОЖКИ В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ГОЛЕНИ, ОТВОДЯТ КВЕРХУ (КПЕРЕДИ) В СТОРОНУ ПРОТИВОПОЛОЖНОГО ПАХОВОГО СГИБА РОЖЕНИЦЫ.
2. УКАЗАТЕЛЬНЫМ И СРЕДНИМ ПАЛЬЦАМИ РУКИ ВХОДЯТ ВНУТРЬ СО СТОРОНЫ СПИНКИ ПЛОДА, ВДОЛЬ ПО ЛОПАТКЕ, ПО ПЛЕЧИКУ, ПО ЛОКТЕВОМУ СГИБУ ДО ПРЕДПЛЕЧЬЯ КНИЗУ НИЗВОДЯТ РУЧКУ, СОВЕРШАЯ КАК БЫ «ОМЫВАТЕЛЬНОЕ ДВИЖЕНИЕ».

Освобождение задней левой ручки



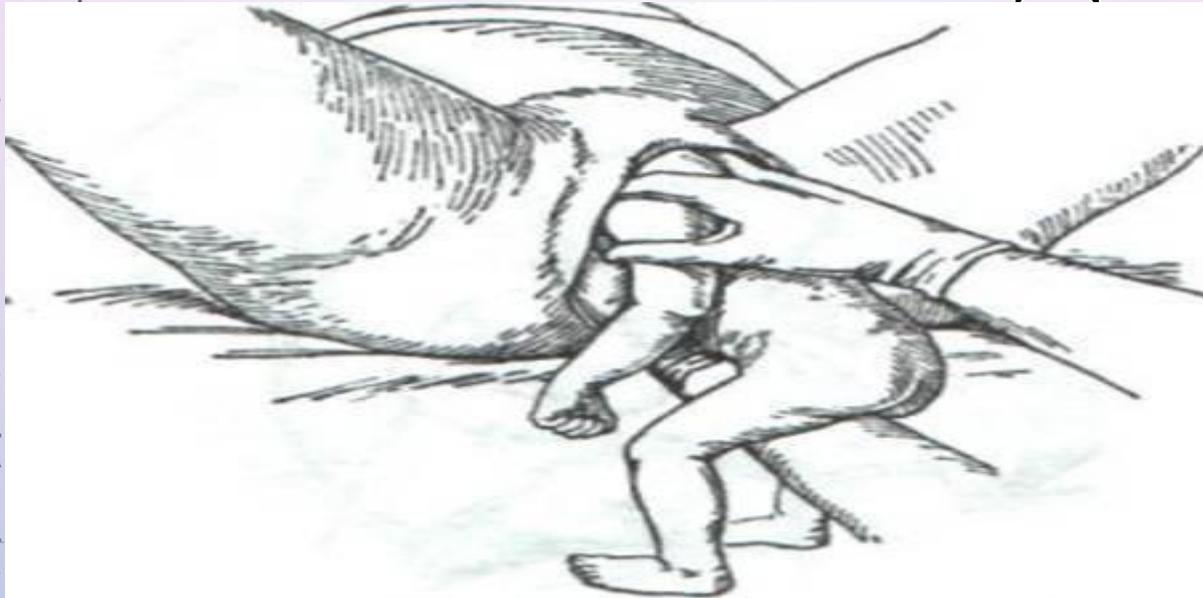
3. ОБЕИМИ РУКАМИ ЗАХВАТЫВАЕТСЯ ТУЛОВИЩЕ ПЛОДА, ЧТОБЫ БОЛЬШИЕ ПАЛЬЦЫ РАСПОЛАГАЛИСЬ НА ЛОПАТКАХ ПО БОКАМ ПОЗВОНОЧНИКА, А ОСТАЛЬНЫЕ ПАЛЬЦЫ ОБХВАТЫВАЛИ ГРУДНУЮ КЛЕТКУ. ТУЛОВИЩЕ ПОВОРАЧИВАЮТ ВОКРУГ ОСИ НА 180 ГРАДУСОВ ТАК, ЧТОБЫ СПИНКА ПРОШЛА ПОД СИМФИЗОМ (ПОВОРОТ В ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ).



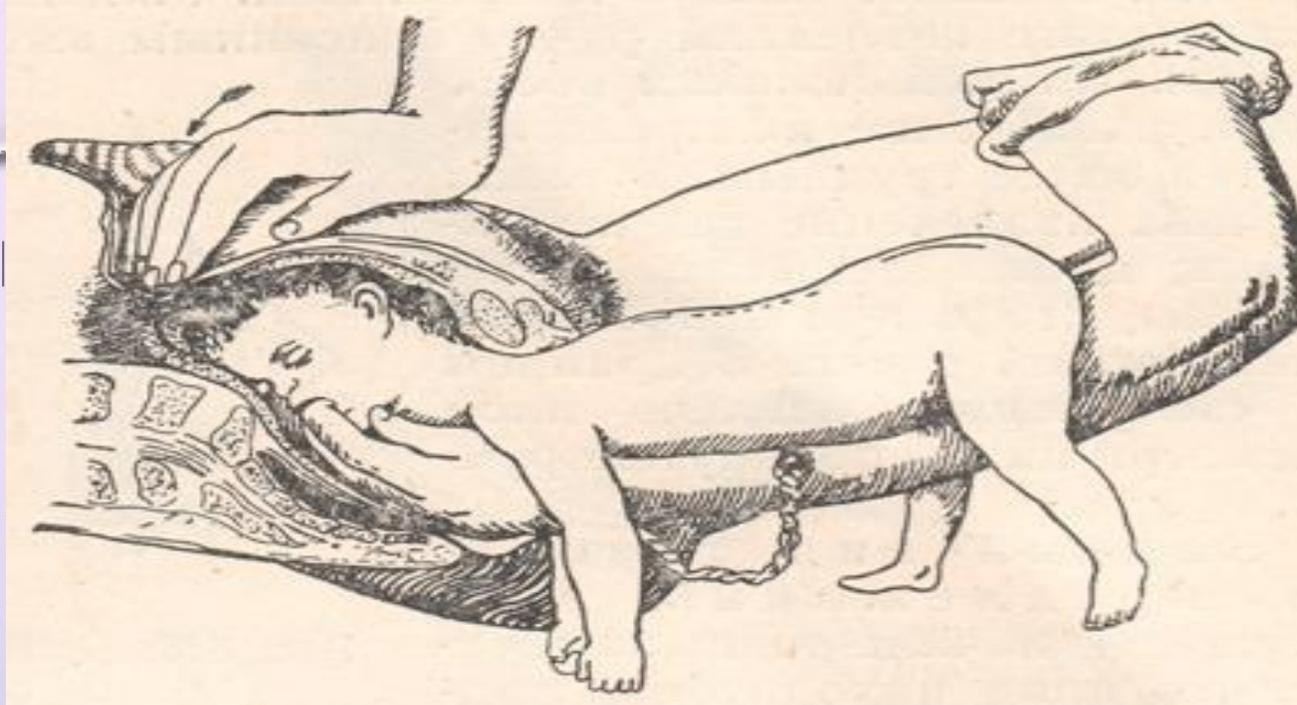
4. ОСВОБОЖДАЕТСЯ ВТОРАЯ РУЧКА ТАКИМ ЖЕ ОБРАЗОМ, КАК И ПЕРВАЯ.

Освобождение второй (правой) руки после поворота

ПРИЕМ МОРИСО-ЛЕВРЕ- ЛАШАПЕЛЬ: ОСВОБОЖДЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА



1. РУКА, ОСВОБОДИВШАЯ ВТОРУЮ РУЧКУ, ВВОДИТСЯ ВО ВЛАГАЛИЩЕ. ТУЛОВИЩЕ ПЛОДА ЛОЖИТСЯ НА ВНУТРЕННЮЮ ПОВЕРХНОСТЬ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ЭТОЙ РУКИ, ПО БОКАМ («ПЛОД СИДИТ ВЕРХОМ НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ»).



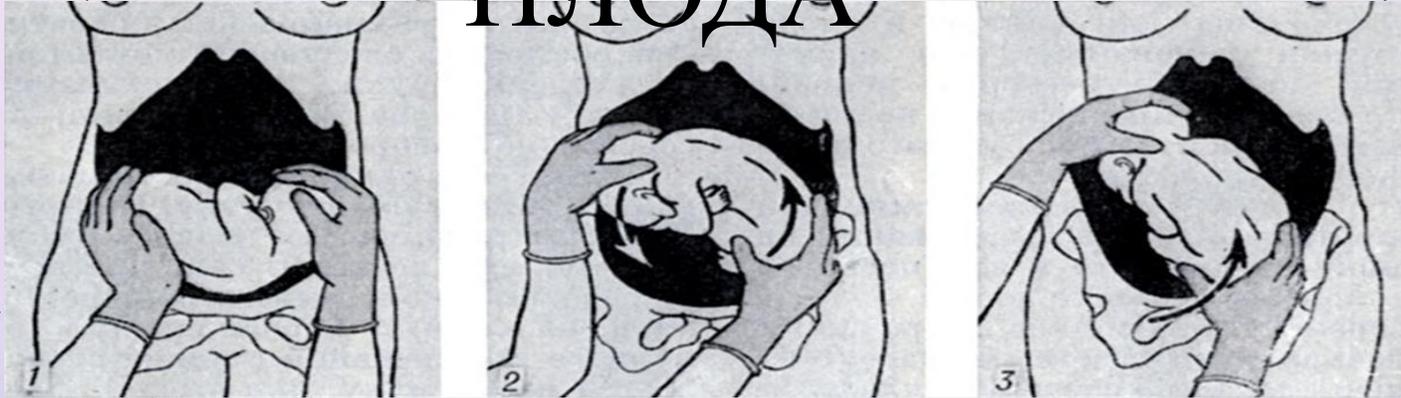
2. НОГТЕВУЮ ФАЛАНГУ УКАЗАТЕЛЬНОГО ПАЛЬЦА ЭТОЙ РУКИ ВВОДЯТ В РОТИК ПЛОДА ДЛЯ СГИБАНИЯ ГОЛОВКИ И УДЕРЖИВАНИЯ ЕЕ В СОГНУТОМ ПОЛОЖЕНИИ.

3. ЛАДОННАЯ ПОВЕРХНОСТЬ НАРУЖНОЙ РУКИ ПЛОТНО ПРИЛЕГАЕТ К ПЛОДУ

4. Наружная рука производит тракции: головка во входе в таз - влечение книзу; головка в полости таза - горизонтально; когда подзатылочная ямка показывается под нижним краем симфиза, влечение производят кверху.

кверху

АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА



-АКУШЕРСКАЯ ОПЕРАЦИЯ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРОЙ МОЖНО ИЗМЕНИТЬ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ, ПРИ ДАННОЙ АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ, ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ПОЛОЖЕНИЕ ИЛИ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА НА БЛАГОПРИЯТНОЕ.

К ОПЕРАЦИЯМ А. П. ОТНОСЯТСЯ:

1. НАРУЖНЫЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ А. П. ПО АРХАНГЕЛЬСКОМУ - ПОВОРОТ НА ГОЛОВКУ.
2. НАРУЖНО-ВНУТРЕННИЙ КЛАССИЧЕСКИЙ (КОМБИНИРОВАННЫЙ) А. П. ПРИ ПОЛНОМ ОТКРЫТИИ НАРУЖНОГО ЗЕВА ШЕЙКИ МАТКИ.
3. НАРУЖНО-ВНУТРЕННИЙ (КОМБИНИРОВАННЫЙ) А. П. ПРИ НЕПОЛНОМ ОТКРЫТИИ ЗЕВА МАТКИ, ТАК НАЗ. ПОВОРОТ ПО БРЕКСТОНУ-ГИКСУ.



**РАЗГИБАТЕЛЬНЫЕ
ПРЕДЛЕЖАНИЯ И
ВСТАВЛЕНИЯ
ГОЛОВКИ.**

- В большинстве случаев к началу физиологических родов головка вставлена во вход в таз в состоянии слабовыраженного сгибания. Однако наблюдаются случаи, когда головка вместо сгибания начинает разгибаться в начале родов или даже во время беременности и в таком состоянии или, разгибаясь, еще сильнее продвигается по родовому каналу. В подобных случаях говорят о родах в разгибательном предлежании головки. Такие роды часто протекают с осложнениями, опасными

ЭТИОЛОГ

ИЯ:

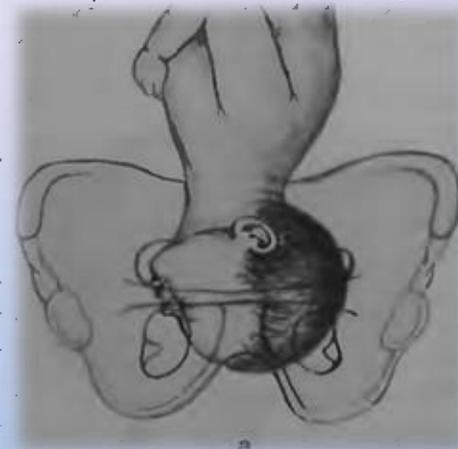
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ;

- УЗКИЙ ТАЗ, ОСОБЕННО ПЛОСКИЙ;
- МНОГОВОДИЕ;
- МНОГОПЛОДИЕ;
- РАННЕЕ ИЗЛИТИЕ ВОД;
- КИФОЗ ПОЗВОНОЧНИКА МАТЕРИ;
- НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (ДРЯБЛЫЙ И ОТВИСЛЫЙ ЖИВОТ) И ТАЗОВОГО ДНА;
- ПОДСЛИЗИСТЫЕ МИОМАТОЗНЫЕ УЗЛЫ;
- ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ;
- ОЧЕНЬ БОЛЬШАЯ ИЛИ ОЧЕНЬ МАЛЕНЬКАЯ ГОЛОВКА ПЛОДА;
- ОПУХОЛИ В ОБЛАСТИ ШЕИ ПЛОДА;
- ПОТЕРЯ ПЛОДОМ ОБЫЧНОЙ СВОЕЙ УПРУГОСТИ (МЕРТВЫЙ ПЛОД).

- *ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ РАЗГИБАНИЯ, ИЛИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, ГОЛОВКА ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ РОДОВОЙ КАНАЛ ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТО ВЕДУЩЕЙ ТОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЛАСТЬ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА.*



- *ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ РАЗГИБАНИЯ*, ИЛИ **ЛОБНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ**, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БОЛЕЕ ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ РАЗГИБАНИЕМ ГОЛОВКИ, ВЕДУЩАЯ ТОЧКА – ЛОБ (ОПУЩЕН НИЖЕ ОСТАЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ГОЛОВКИ).



- *ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ РАЗГИБАНИЯ, ИЛИ*
ЛИЦЕВОЕ
ПРЕДЛЕЖАНИЕ. ПРИ ЭТОМ ГОЛОВКА
РАЗОГНУТА ТАК РЕЗКО, ЧТО ВЕДУЩЕЙ
ТОЧКОЙ СТАНОВИТСЯ ПОДБОРОДОК ПЛОДА.



БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ:

- РАЗГИБАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ ПЯТЬ ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ МЕХАНИЗМОВ РОДОВ.
- ПЕРВЫЙ МОМЕНТ – РАЗГИБАНИЕ ГОЛОВКИ, СТЕПЕНЬ КОТОРОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВАРИАНТОМ ПРЕДЛЕЖАНИЯ.
- ВТОРОЙ МОМЕНТ – ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ ГОЛОВКИ С ОБРАЗОВАНИЕМ ЗАДНЕГО ВИДА (ЗАТЫЛОК РАЗМЕЩАЕТСЯ В КРЕСТЦОВОЙ ВПАДИНЕ).
- ТРЕТИЙ МОМЕНТ – СГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА ПОСЛЕ ОБРАЗОВАНИЯ ТОЧКИ ФИКСАЦИИ У НИЖНЕГО КРАЯ ЛОБКОВОГО СИМФИЗА. ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЕЮ ЯВЛЯЕТСЯ ЛОБ, ПРИ ЛОБНОМ – ОБЛАСТЬ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПРИ ЛИЦЕВОМ – ПОДЪЯЗЫЧНАЯ КОСТЬ. ВО ВРЕМЯ ТРЕТЬЕГО МОМЕНТА МЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ РОЖДАЕТСЯ ГОЛОВКА.
- ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ И ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗГИБАНИИ ГОЛОВКИ ПОСЛЕ ФИКСАЦИИ ЗАТЫЛКА У ВЕРШИНЫ КОПЧИКА.
- ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ (ПРИ ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ) И ПЯТЫЙ МОМЕНТ (ПРИ

СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ



Список литературы.

литературы.

- ❖ АКУШЕРСТВО. НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО - АЙЛАМАЗЯН Э.К., КУЛАКОВ В.И. И ДР. - 2014 Г.
- ❖ АКУШЕРСТВО - САВЕЛЬЕВА Г. М. - 2008Г.
- ❖ АКУШЕРСТВО - АЙЛАМАЗЯН Э.К. - 2014 Г.
- ❖ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. ПОКАЗАНИЯ, МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА, АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА, ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ – МОСКВА, 2014
- ❖ АКУШЕРСТВО – РАДЗИНСКИЙ В. Е., ФУКС А. М. – 2016 Г.