



ФГБОУ ВО

Кубанский государственный медицинский университет  
МЗ РФ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии

# **БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ПЛОДА**

# БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ОТНОСЯТСЯ К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ



## **ОСЛОЖНЕНИЯ У МАТЕРИ:**

- Разрывы шейки матки, влагалища, промежности, повреждения подвздошно-крестцового и лобкового сочленения;
- Послеродовые кровотечения;
- Послеродовые гнойно-септические осложнения

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ДЛЯ ПЛОДА:**

- Травмы ЦНС
- Асфиксия
- Кровоизлияния в мышцы шеи, переломы конечностей, вывихи суставов, повреждения плечевого нервного сплетения, дисплазия и вывихи тазобедренных суставов



# ***ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ***

***при тазовом предлежании  
в 2-3 РАЗА ВЫШЕ,  
чем при головном***

# Частота

- 1. При доношенной беременности – 3-5%
- 2. Чисто ягодичное – 60-70%
- 3. Смешанное ягодичное – 20-25%
- 4. Ножное (полное, неполное, коленное)-10-15%.

# 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.
- 5) Зрелость вестибулярного аппарата плода(плод-«вертун»)



# 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), УЗИ (предлежание, размеры, сгибательное или разгибательное положение головки).

## СТЕПЕНИ РАЗГИБАНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА ПО ДАННЫМ УЗИ:

**1 СТЕПЕНЬ** – «ПОЗА ВОЕННОГО» СЛАБОЕ РАЗГИБАНИЕ  $100-110^*$

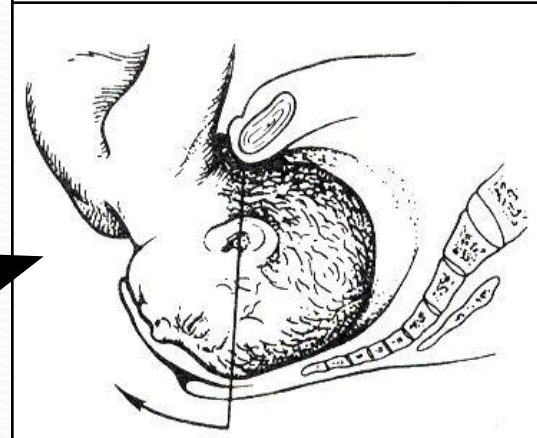
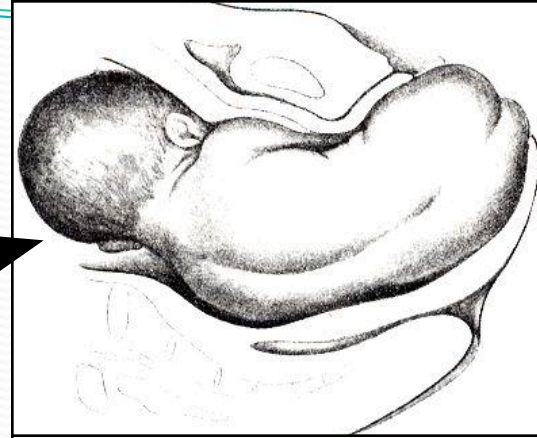
**2 СТЕПЕНЬ** –  $90-100^*$  - УМЕРЕННОЕ РАЗГИБАНИЕ

**3 СТЕПЕНЬ** – МЕНЕЕ  $90^*$  - ЧРЕЗМЕРНОЕ РАЗГИБАНИЕ - «СМОТРИТ НА ЗВЕЗДЫ»



# Биомеханизм родов.

- 1) **Внутренний поворот ягодиц.**
- 2) **Боковое сгибание поясничного отдела позвоночника(т.ф. передняя подвздошная кость, точка опоры- нижний край лонного сочленения).**
- 3) **Внутренний поворот плечиков, наружный поворот туловища.**
- 4) **Боковое сгибание шейно-грудного отдела позвоночника (точка фиксации-верхняя треть плечевой кости переднего плечика и лонное сочленение).**
- 5) **Внутренний поворот головки.**
- 6) **Сгибание головки(точка фиксации-подзатылочная ямка).**



# Биомеханизм родов

- Проводная точка-передняя ягодица.
- Проводная линия-*linia intertrochanterica*  
Родовая опухоль – располагается на ягодицах, ножках, половых органах.
- При поворотах туловища затылок должен быть обращен кпереди к лону.
- Выделение мекония происходит механически, не является патологией.

# ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА РОДОВ

- **Формирование заднего вида последующей головки - без оказания пособия головка не родится!!! (происходит чрезмерное разгибание головки)**
- **Запрокидывание ручек – классическое ручное пособие**



# **Ведение беременности.**

## **1) Корригирующая гимнастика:**

**В 30-35 недель по И.Ф.Дикань: 3 раза в день перед едой по 10 мин. на каждом боку.**

**Корригирующая гимнастика по В.В.Абрамченко: 2 раза в сутки натошак с приподнятым тазовым концом в положении умеренного Тренделенбурга, расслабляется 10-15 мин.**

**Корригирующая гимнастика по И.И. Грищенко, А.Е.Шулешовой:**

**-Ходьба на месте 1 мин., размахивание рук, глубокое дыхание.**

**-Наклоны туловища вперед и в стороны, повороты в разные стороны, подтягивание бедер к животу при согнутых коленях.**

**-Упражнения на сокращение мышц таза и тазового дна.**

**После поворота плода – фиксация широким бандажом.**

**При отсутствии эффекта возможно проведение наружного поворота по Б.А.Архангельскому в 35-37 недель.**

# Наружный поворот

- 1. УЗИ (предлежание, кол-во ОПВ, размеры плода, расположение плаценты)
- 2. КТГ.
- 3. Миметики или ДЭА.
- 4. Письменное согласие.
- Поворот успешен в 27-68%. После поворота фиксация широким бандажом.
- Частота обратного поворота – 4,45-17,4%.  
Эффективность фиксации 100%.



# ТАКТИКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

- При выборе метода родоразрешения обязательно необходимо учитывать положение головки плода при УЗИ.
- При разогнутой головке-кесарево сечение.
- Перинатальная смертность при родах в тазовом предлежании выше, чем при оперативном родоразрешении.
- Причины смерти: асфиксия, родовая травма-кровоизлияния в мозжечок, разрывы мозжечкового намета, субдуральные гематомы, травмы шейного отдела позвоночника.

# Оперативное родоразрешение

## плановое:

*Тазовое предлежание-относительное показание к кесареву сечению.*

- - анатомически узкий таз;
- - плод массой более 3600г и менее 2000г;
- - переносная беременность;
- - разогнутое состояние головки;
- - рубец на матке;
- - ОАГА;
- - возрастная первородящая;
- - предлежание плаценты;
- - гипоксия плода;
- - тяжёлая преэклампсия;
- - экстрагенитальная патология и др.





# **Ведение родов.**

- 1) Профилактика раннего вскрытия плодного пузыря.**
- 2) Ведение партограммы.**
- 3) Адекватное обезболивание.**
- 4) Профилактика гипоксии плода.**
- 5) Влапалищное исследование после излития околоплодных вод.**
- 6) Диагностика аномалий родовой деятельности ---- экстренное кесарево сечение.**
- 7) Утеротоники, спазмолитики с профилактической целью во 2-ом периоде родов.**
- 8) Пудендальная анестезия, активная защита промежности.**
- 9) Пособия по Цовьянову и метод Морисо-Левре-Лашапелль для выведения последующей головки.**

**Экстренное оперативное родоразрешение по показаниям:**

**- слабость родовой деятельности,**

**- гипоксия плода.**

# Клинические этапы родов в тазовом предлежании

- **Рождение до пупочного кольца: прижатие пуповины.**
- **Рождение от пупочного кольца до нижнего угла лопаток: запрокидывание ручек.**
- **Рождение плечевого пояса и ручек: ущемление головки плода шейкой матки.**
- **Рождение головки плода.**

# Осложнения родов в тазовом предлежании:

## I период:

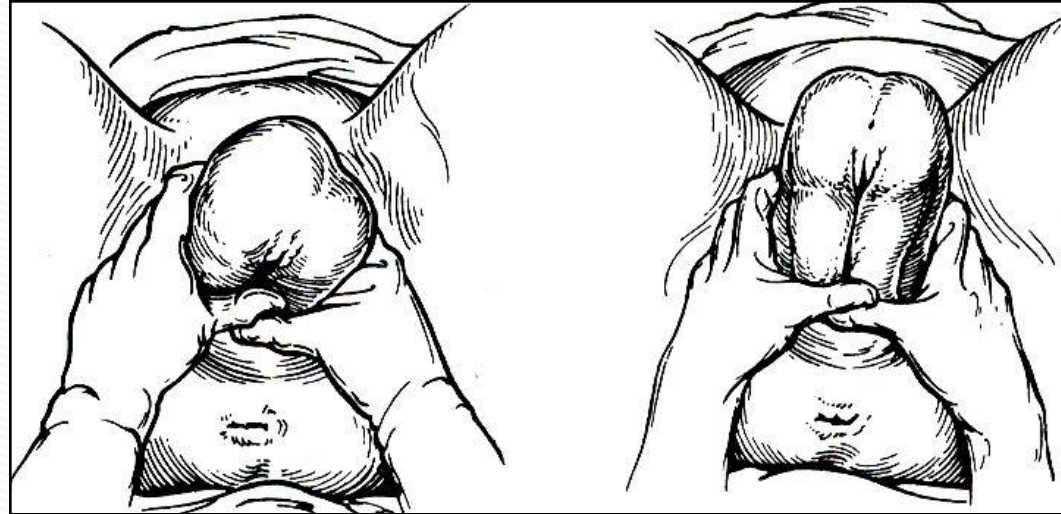
- несвоевременное излитие околоплодных вод,
- слабость родовой деятельности,
- гипоксия плода.

## II период:

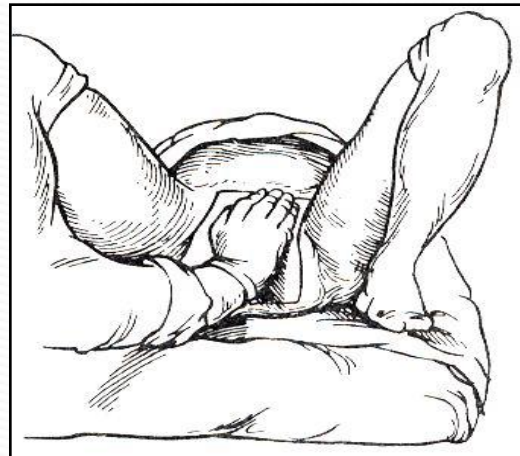
- сдавление пуповины между костями таза матери и головкой плода (не более 5 мин.),
- родовая травма плода (разрыв намета мозжечка, внутричерепное кровоизлияние),
- вколачивание ягодиц,
- слабость потуг,
- образование заднего вида,
- запрокидывание ручек,
- спазм шейки матки,
- затрудненное выведение головки,
- повреждение костного таза и др.

## Цель пособия по Цовьянову

**-при чисто ягодичном предлежании:** сохранить правильное членорасположение плода и обеспечить физиологическое течение периода изгнания;



**-при ножных предлежаниях:** перевести ножное предлежание в смешанное, задержать рождение ножек до полного открытия шейки матки.



# Классическое ручное пособие

- Показания: отсутствие продвижения плода после рождения туловища до нижнего угла лопаток в течение 2-3 мин.
- Основные этапы:
- Освобождение задней ручки
- Перевод передней ручки в заднюю.
- Освобождение головки по методу Морисо-Левре-Лашапелль.









# Экстракция плода за тазовый конец

- **Показания:** проведение поворота плода на ножку, дистресс плода во 2 периоде родов, тяжелая преэклампсия, вторичная слабость родовой деятельности или слабость потуг.
- **Условия:** полное открытие шейки матки, отсутствие пузыря, соответствие размеров таза матери и головки плода.

# Этапы операции

- 1. Извлечение плода до уровня пупка и нижнего угла лопаток ( в зависимости от предлежащей части за ножку или паховый сгиб).
- 2. Выведение плечевого пояса и ручек.
- 3. Освобождение и выведение головки плода по методу Морисо-Левре- Лашапелль.

- **ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ 3 ПЕРИОДА РОДОВ НЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТАКОВЫХ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ**
- **ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД** У БОЛЬШИНСТВА РОДИЛЬНИЦ ПРОТЕКАЕТ НОРМАЛЬНО, НО ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ЧАЩЕ, ЧЕМ ПРИ ГОЛОВНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ (БОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ РОДОВЫХ ПУТЕЙ ИЗ-ЗА ПОСОБИЙ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ)



**Благодарю за  
внимание!**