



Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное
Учреждение Высшего Образования
«Самарский Государственный Медицинский Университет»
Минздрава России.

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Раннее предлежание плаценты. Многоплодная беременность.

Самара, 2020 г.

Тазовое предлежание (praesentatio pelvica) – предлежание при котором ягодицы и/или ножки/ножка плода являются предлежащей частью.

Частота при доношенной беременности – 3-5%.

Классификация тазовых предлежаний плода.

Ягодичные предлежания делятся на чисто ягодичные (неполное) и смешанное ягодично - ножное.



1



2

При чисто ягодичном предлежании ко входу таза обращены ягодицы плода, ножки вытянуты вдоль туловища, согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах, стопы расположены в области подбородка и лица (рис. 1).

При смешанном ягодичном предлежании ягодицы обращены ко входу в малого таза вместе с ножками, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, плод находится в позе на корточках (рис. 2.).

Ножное предложение разделяют на:

- 1) *Полное* – когда предлежат обе ножки плода, слегка разогнутые в тазобедренном и согнутые в коленных суставах,
- 2) *Неполное* – при котором предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и согнутая в коленном суставе, а другая согнута в тазобедренном суставе и расположена выше (рис. 3,4).
- 3) *Коленное* – предлежат колени (одно или оба) плода.

Ножные предложения



3



4

Зарубежные авторы различают следующие виды предлежаний:

- - **ягодичное** (frank breech presentation): ножки плода согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных, стопы расположены близко к головке. В отечественной классификации оно соответствует чисто ягодичному предлежанию;
- - **полное тазовое** (complete breech, full breech presentation): ножки плода согнуты в тазобедренных и коленных суставах (по отечественной терминологии это смешанное ягодичное предлежание);
- - **неполное тазовое** (incomplete breech presentation): одна или обе ножки плода согнуты в тазобедренных суставах, одна или обе стопы или коленки находятся ниже ягодиц (в отечественной классификации — ножное предлежание). При полностью разогнутой одной и согнутой второй ножке предлежание носит название *sing footing*; при разогнутых обеих ножках — *double footing*

Причины возникновения тазового предлежания плода

- **Материнские факторы** — аномалия развития матки (седловидная, двурогая матка, наличие перегородки в матке и др.), опухоли матки или яичников: узкий таз, снижение или повышение тонуса матки у многорожавших женщин, рубец на матке после операций, в том числе после кесарева сечения и др.
- **Плодовые факторы** — недоношенность, многоплодие, задержка внутриутробного развития и врожденные аномалии плода (анэнцефалия, гидроцефалия), мертвый плод, неправильное членорасположение плода, особенности его вестибулярного аппарата и др.
- **Плацентарные факторы** — предлежание плаценты, расположение её в области дна или углов матки, мало- или многоводие, патологию пуповины (обвитие: абсолютная или относительная короткость) и др.

Диагностика тазового предлежания плода

- 1) Наружное акушерское исследование – высокое стояние дна матки, отличие головки плода от ягодиц (приемы Леопольда – Левицкого), ЧСС плода на уровне пупка или выше;
- 2) Влагалищное исследование - объемистая мягковатая часть; нередко определяются седалищные бугры, крестец, щель между ягодицами, заднепроходное отверстие, половые органы плода (легче у плода мужского пола);
- 3) УЗИ.

Тактика ведения беременности при тазовом предлежании плода

Женская консультация

Гимнастические упражнения для исправления тазового предлежания на головное (32 – 37 нед. беременности) по И.И. Грищенко, В.В. Фомичевой, Е.В. Брюхиной, И.Ф. Дикань

Можно использовать наружный поворот плода на головку при сроке 36 – 37 нед. в стационарных условиях



Госпитализация в срок беременности 37 – 38 нед.

Стационар:

- анализ акушерского анамнеза и экстрагенитальной патологии
- УЗИ (предлежание, биометрия, степень разгибания головки)
- рентгенопельвиметрия (компьютерная томографическая пельвиметрия, магнитный резонанс)
- оценка состояния плода (нестрессовый тест, доплерометрия и др.)
- оценка готовности женского организма к родам

Прогноз родов по балльной шкале и выбор места родоразрешения



Плановое кесарево сечение



Спонтанное начало родов



Родовозбуждение

Наружный поворот плода на головку

■ Условия:

- ❖ срок гестации > 36 недель
- ❖ отсутствие противопоказаний к самопроизвольным родам
- ❖ удовлетворительное состояние плода
- ❖ адекватное количество околоплодных вод
- ❖ возможность экстренного КС

Наружный поворот плода на головку

■ Противопоказания:

- ❖ плановое КС по другим показаниям (узкий таз, предлежание плаценты, экстрагенитальная патология и тд)
- ❖ кровотечения во II половине беременности
- ❖ аномалии матки, рубец на матке
- ❖ преэклампсия
- ❖ маловодие, многоводие
- ❖ грубые пороки развития плода и др.

Наружный поворот плода на головку

■ Осложнения:

- ❖ ПОНРП, дородовое излитие вод
- ❖ преждевременные роды
- ❖ разрыв матки
- ❖ эмболия околоплодными водами
- ❖ дистресс плода

Важно провести УЗИ за неделю до предполагаемого срока родов. При этом следует обращать внимание на следующие факторы:

- - предлежание плода (тазовое);
- - аномалии развития матки;
- - наличие опухолевидных образований матки и придатков;
- - аномалии развития плода;
- - пол плода;
- - количество амниотической жидкости в плодном пузыре;
- - локализацию и структурную особенность плаценты;
- - патологию пуповины (обвитие, истинный узел и т.д.);
- - определение предполагаемой массы пода;
- - определение положения головки плода

Особенности ведения вагинальных родов

- Постоянное мониторирование состояния плода;
- Максимальное сохранение плодного пузыря;
- Нормальный характер родовой деятельности и скорость раскрытия шейки матки;
- Активное участие роженицы во II периоде родов;
- Оказание акушерского пособия;
- Оказание классического ручного пособия;
- Ведение III периода родов и послеродового периода.

Показания к плановому КС:

- Экстрагенитальные заболевания требующие выключения потуг;
- Ожирение (ИМТ > 35 кг/м²);
- Бесплодие;
- Пороки развитие половых органов;
- Узкий таз;
- Рубец на матке;
- Масса плода менее 2500 или более 3600 г;
- Разгибание головки или запрокидывание ручек плода;
- Ножное предлежание плода у первородящих;
- Тазовое предлежание I плода при двойне;
- Отказ женщины от родов через естественные родовые пути.

Многоплодной беременностью называется беременность, при которой в полости матки развиваются более одного эмбриона.

- В 1808г. опубликованный Н.Х. Воег случай «удивительной плодовитости одной бедной женщины в Вене», которая имела 11 только многоплодных родов, а именно 3 раза двойни, 6 раз тройни и 2 раза четверни, в общей сложности 32 новорожденных. Сама женщина была одной из четверни, а ее муж – одним из двойни.

Слайд
№ 17

Многоплодная беременность



Причины возникновения многоплодной беременности

- ❑ Возраст матери;
- ❑ Частота родов;
- ❑ Время зачатия после прекращения приема оральных контрацептивов;
- ❑ Стимуляция овуляции;
- ❑ Многоплодная беременность в родословной супругов и в анамнезе;
- ❑ Принадлежность супругов к определенной этнической группе.

Зиготность и хориальность

Беременность двойней может быть монозиготной (генетически идентичной), когда происходит деление оплодотворенной яйцеклетки с образованием двух эмбрионов, и дизиготной, которая возникает в результате оплодотворения двух различных яйцеклеток.

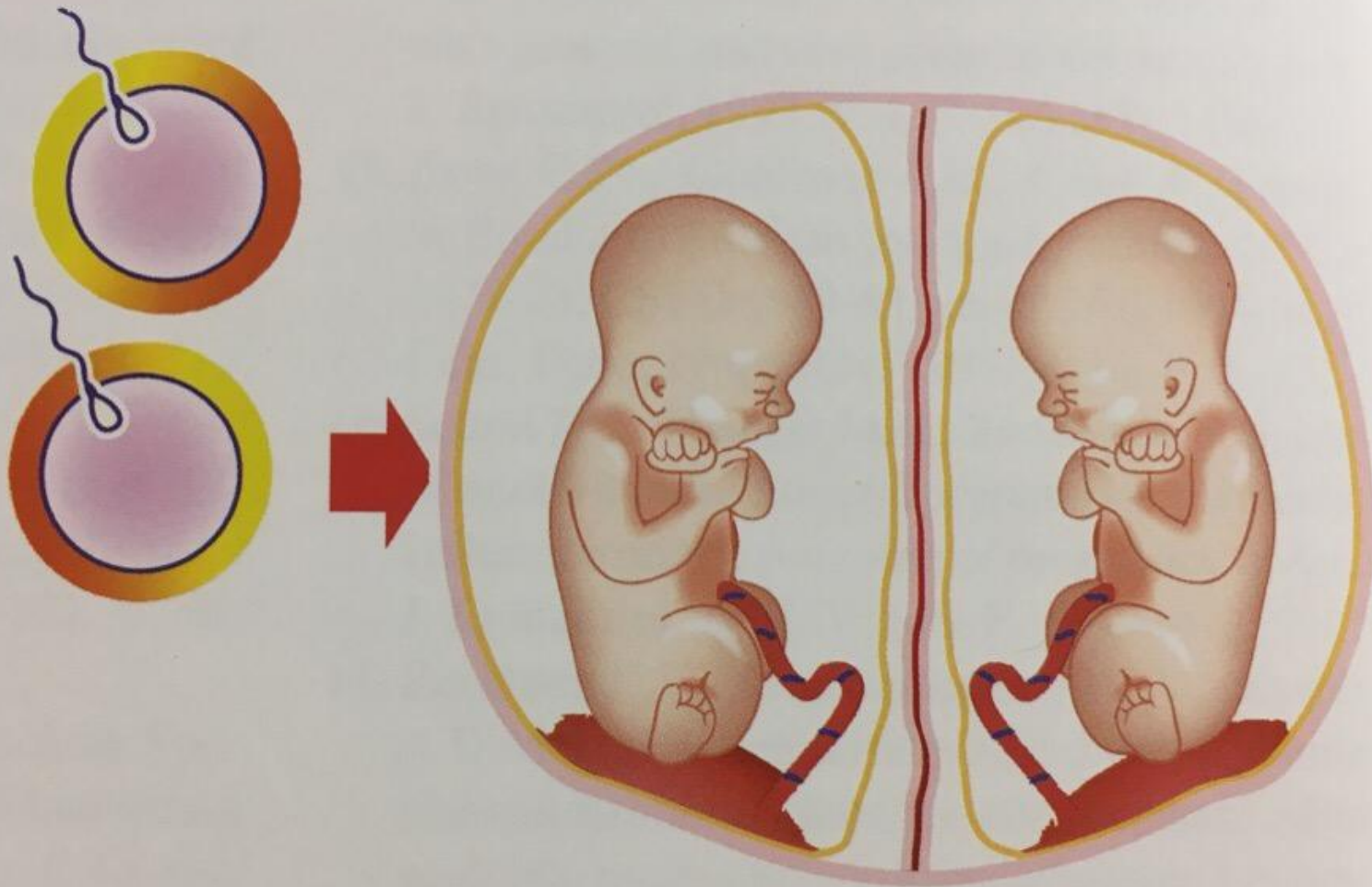


Рис. 4.1. Схематическое изображение образования дизиготной двойни.

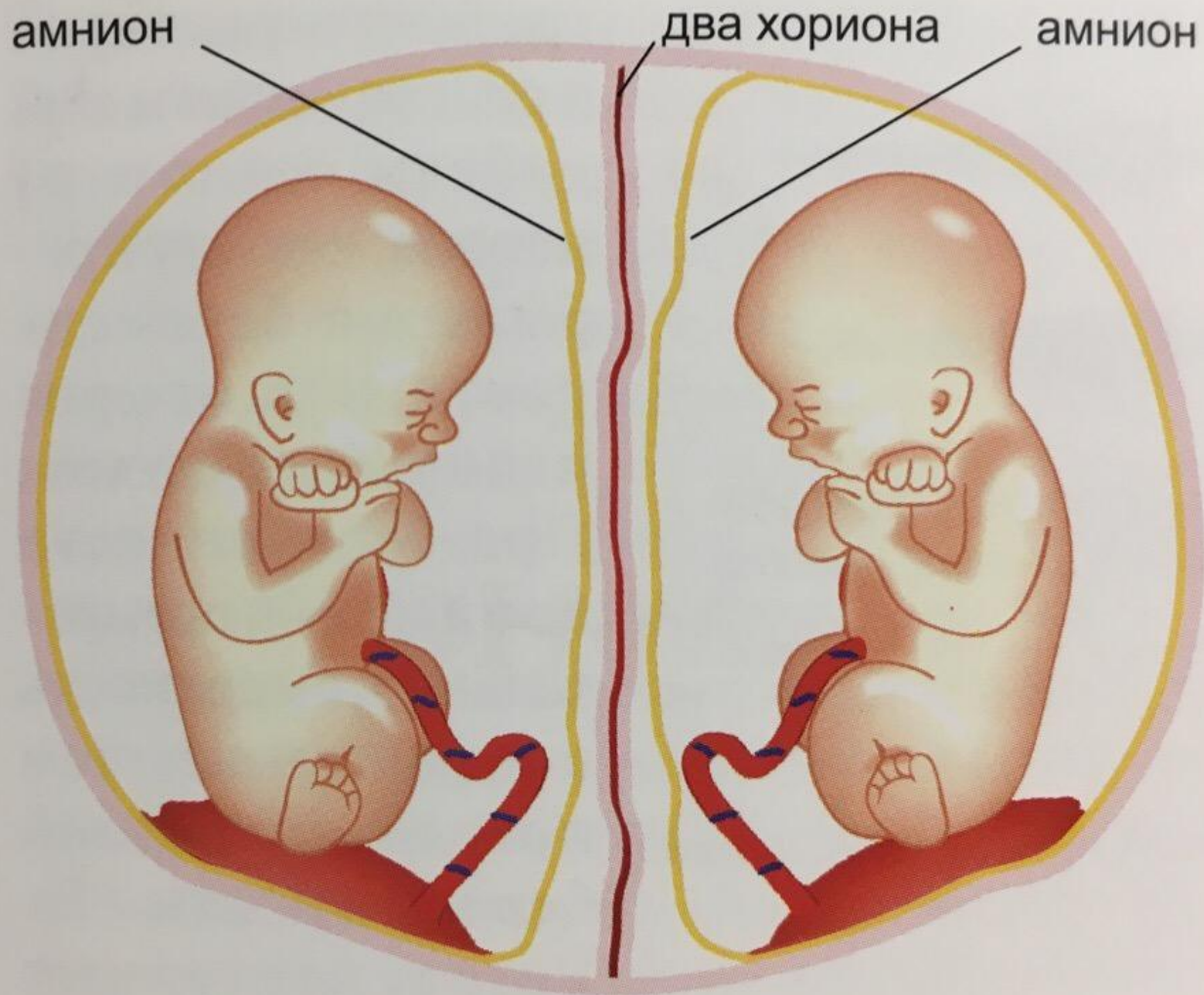


Рис. 4.2. Дихориальная диамниотическая двойня (схема).

Слайд
№ 22

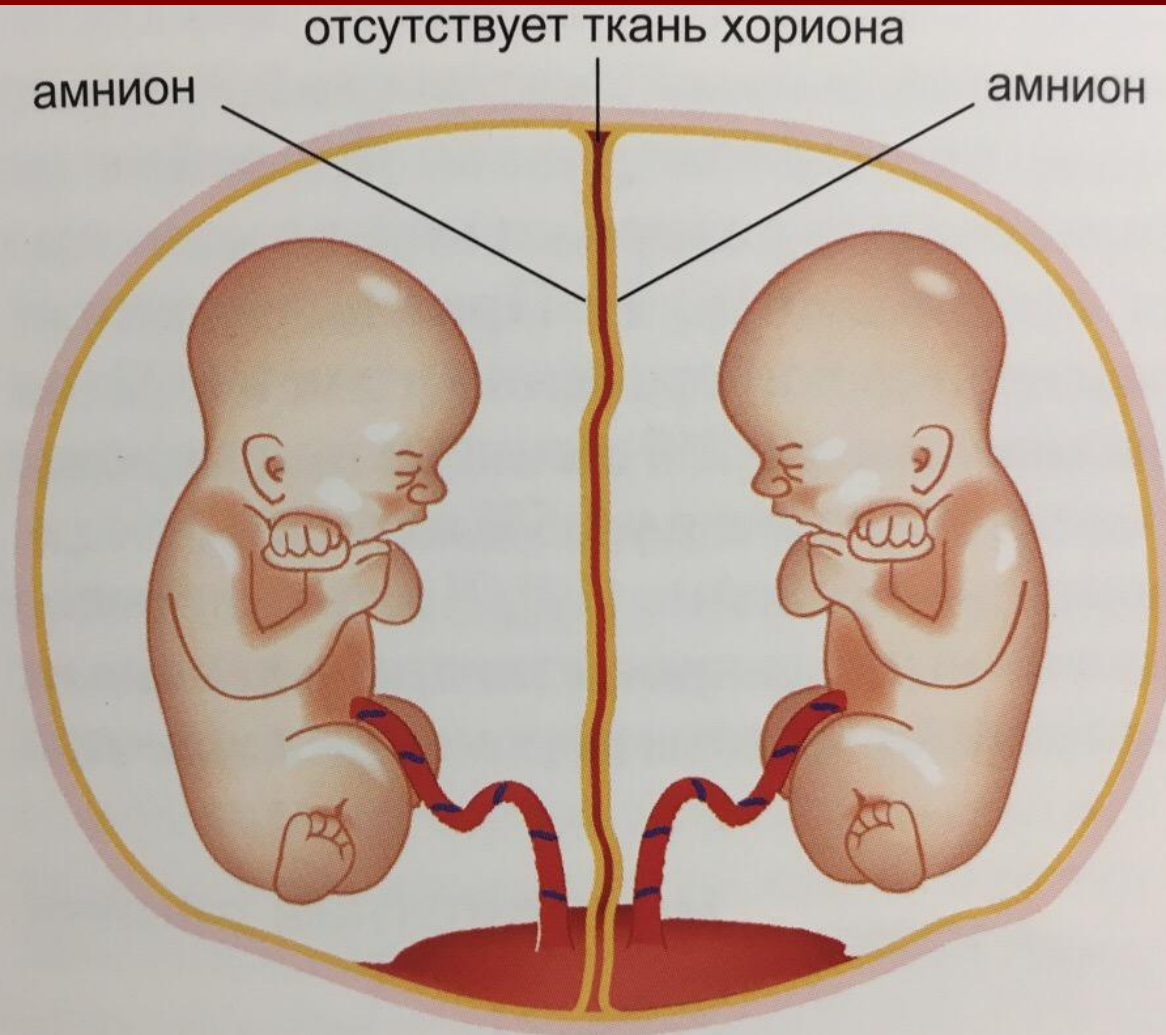


Рис. 4.3. Монохориальная диамниотическая двойня (схема).

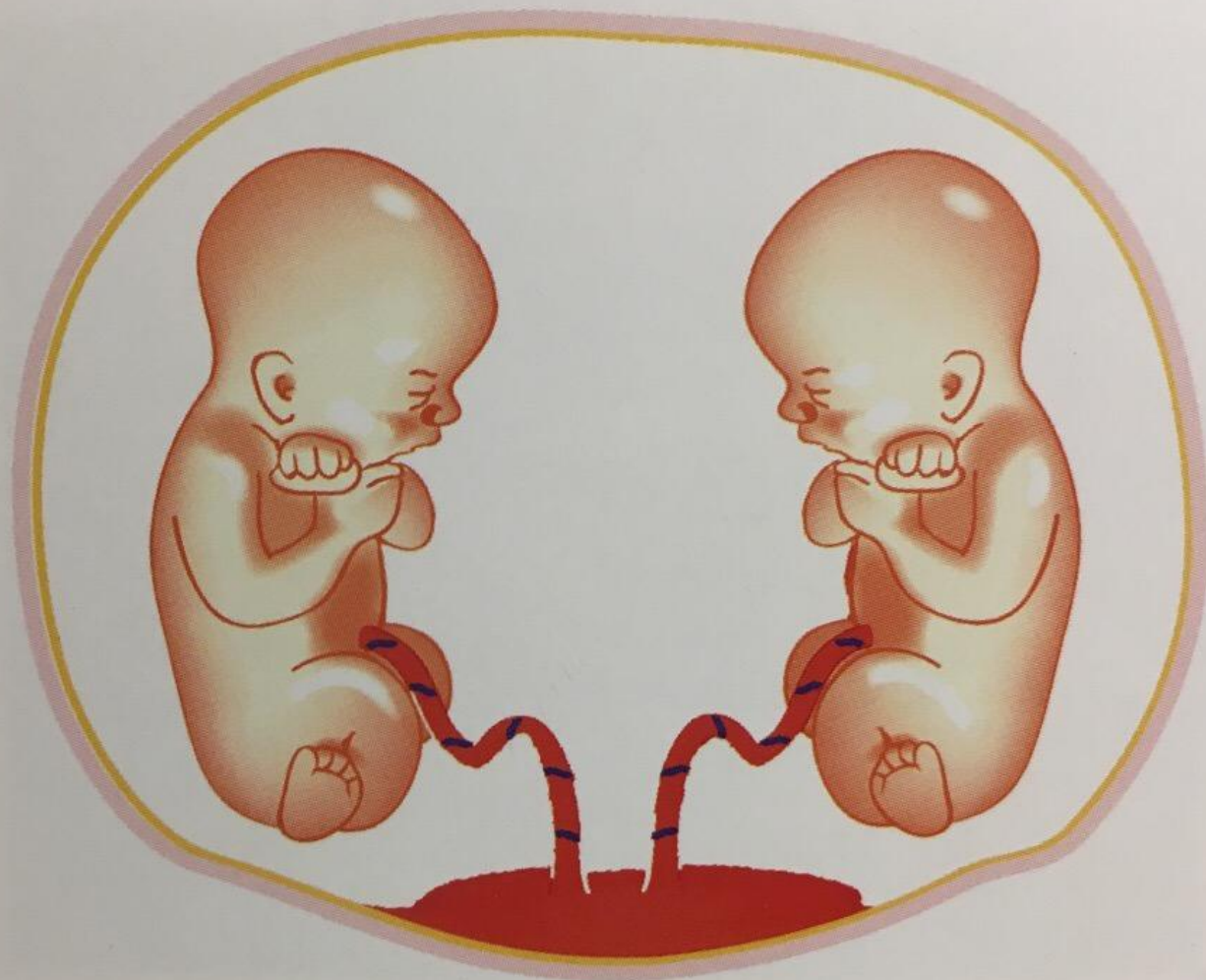


Рис. 4.4. Монохориальная моноамниотическая двойня (схема).

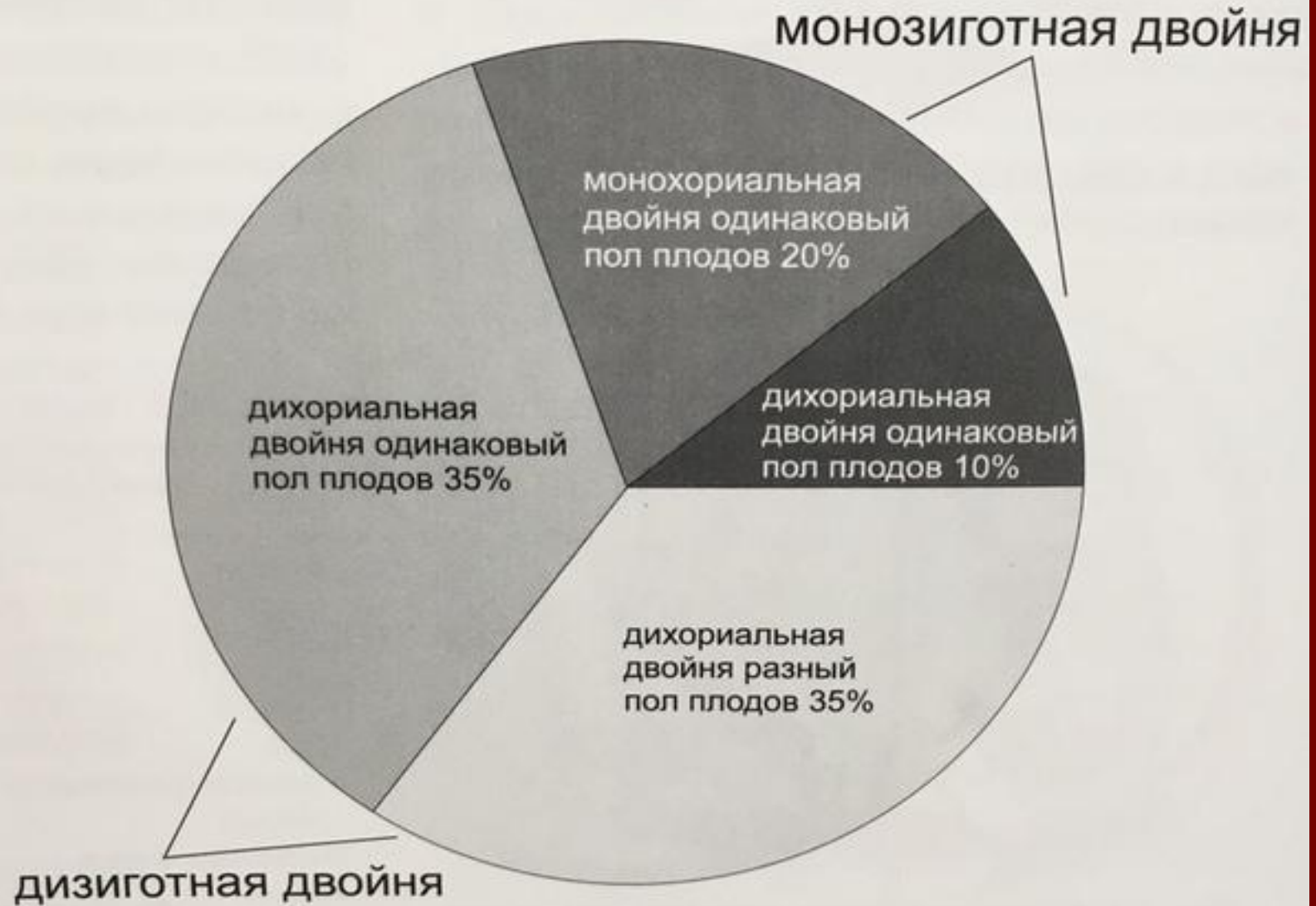


Рис. 4.6. Соотношение зиготности, хориальности и пола плода.



Рис. 7.2. Беременность 9 нед. Трихориальная тройня.

К клиническим признакам многоплодной беременности относят:

- увеличение размеров матки по сравнению предполагаемым сроком беременности;
- раннее ощущение шевеления плодов (с 15 недель беременности);
- выявление при наружном акушерском исследовании трех и более крупных частей плодов;
- прослушивание двух и более сердечных ритмов плодов.

Диагностика многоплодной беременности:

- ❑ Определение уровня содержания хорионического гонадотропина (ХГ) в моче или в крови беременной (при наличии двух или более зародышей уровень ХГ будет выше.)
- ❑ Метод Леопольда – Левицкого
- ❑ УЗИ, при котором, начиная с 6 недель беременности, в 100 % случаев выявляют многоплодие

Осложнения многоплодной беременности

- **Осложнения со стороны матери:**
- Самопроизвольное прерывание беременности
- Анемия беременных
- Сахарный диабет беременных
- Преждевременные роды
- Гипертензия беременных
- Преэклампсия
- Высокая вероятность оперативного родоразрешения и его возможные осложнения

- **Осложнения маточно-плацентарной системы:**
- Предлежание плаценты
- Преждевременная отслойка плаценты
- Преждевременное излитие околоплодных вод
- Перекручивание пуповин
- Послеродовое кровотечение
- Полный пузырный занос одного плодного яйца

- **Осложнения со стороны плода:**
- Задержка развития одного из плодов
- Внутриутробная гибель одного из плодов
- Врожденные пороки развития
- Неправильное положение плодов в матке
- Фето-фетальный трансфузионный синдром
- Синдром обратной артериальной перфузии

Показанием к родоразрешению кесаревым сечением при двойне являются:

- моноамниальные плоды;
- недоношенные плоды (до 34 недель беременности);
- тазовое предлежание или поперечное положение первого плода;
- тазовое предлежание с чрезмерно-разогнутой головкой второго плода;
- другие, связанные с акушерской или экстрагенитальной патологией

- Многоплодная беременность сопровождается повышенным риском осложнений как для матери, так и для плодов. Частота многоплодной беременности за последние несколько лет существенно возросла, что связано с развитием методов вспомогательной репродукции. Для улучшения перинатальных исходов при беременности двойней необходима обоснованная и эффективная тактика ведения беременности и родов.

Благодарю за внимание.

