

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТИ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**



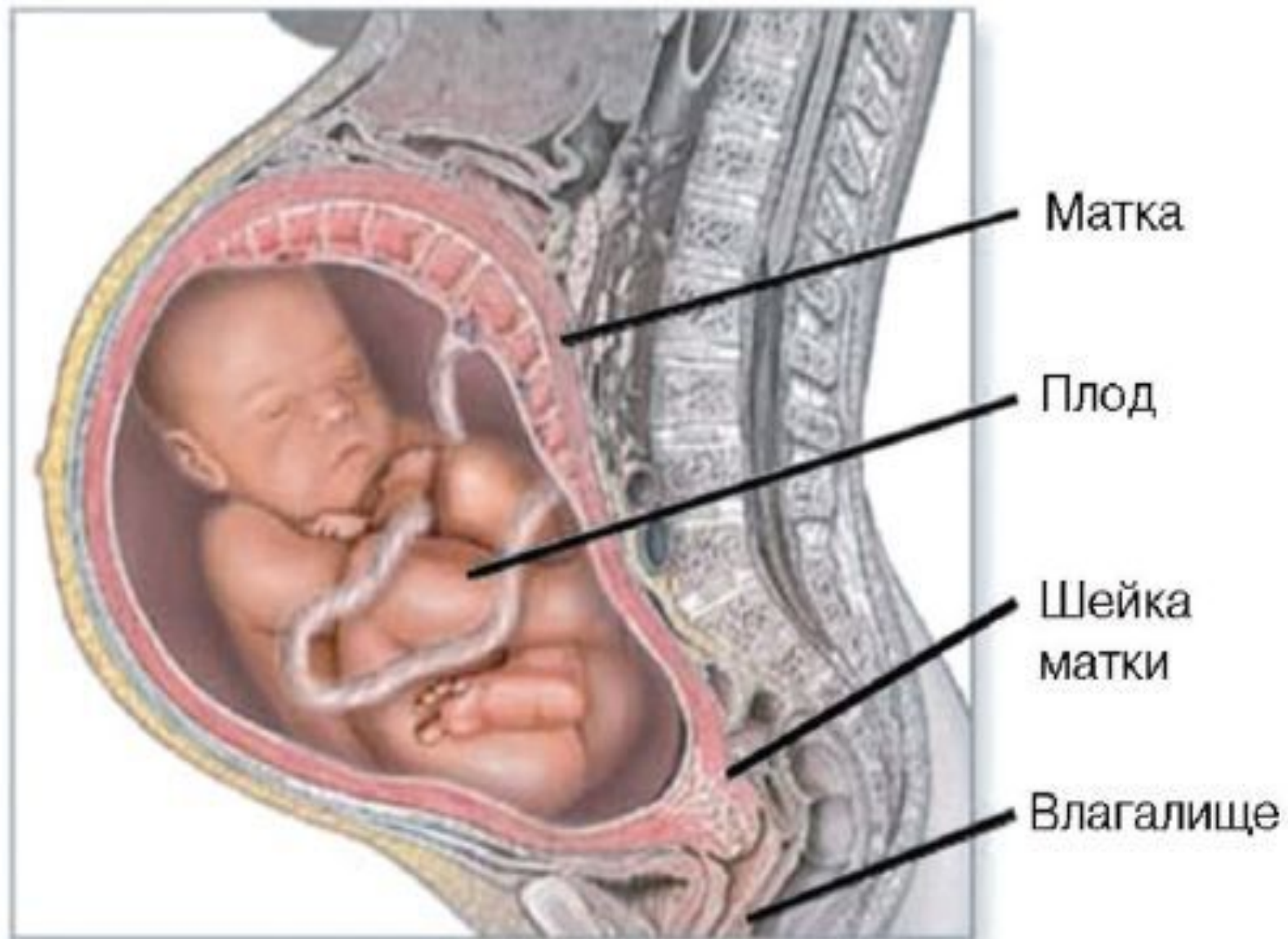
**Орындаған:Хамзе Ақмарал
Тобы:12-003-02
Тексерген:**

- Тазовое предлежание — вариант расположения плода в матке, при котором его тазовый конец предлежит ко входу в малый таз женщины. Роды в тазовом предлежании встречаются в 3 — 5 % случаев и считаются патологическими из-за большого числа осложнений, особенно у плода. Перинатальная смертность в 4 — 5 раз выше, чем при головных предлежаниях.
- Диагноз тазового предлежания ставится по данным УЗИ, не ранее 32 недель беременности. До этого ребенок может переворачиваться из одной позиции в другую не один раз.
- После 32 — 34 недель можно применять специальную гимнастику, которая поможет ребенку перевернуться. Разработаны также методы принудительного переворота — наружный акушерский поворот. Однако после него некоторые дети все же возвращаются обратно в тазовое предлежание.
- Роды ведутся обычно кесаревым сечением, особенно если плод мужского пола. Риск осложнений при этом ниже. При родах через естественные родовые пути применяется пособие по Цовьянову.



- Плод в чисто ягодичном предлежании, William Smellie, 1792

- Классификация [править]
- Различают три варианта тазовых предлежаний:
- Чистое ягодичное — ножки плода согнуты в тазобедренных суставах, колени выпрямлены и прижаты к животу. Встречается в 50 — 70 % случаев, чаще у рожаящих в первый раз.
- Ножное — одно или оба бедра разогнуты, ножка находится у выхода из матки. Наблюдается в 10 — 30 % случаев чаще у повторнородящих.
- Смешанное (ягодично-ножное) — бёдра согнуты, колени также согнуты. Наблюдается в 5 — 10 % случаев



- Этиология[править]
- До 32 недель беременности в матке еще достаточно места для свободного движения плода. По мере роста он стремится занять положение головкой вниз, так как более объемный тазовый конец при этом размещается в более просторной части матки, в области дна. К 32 неделям в 25 % случаев сохраняет тазовое предлежание, а к моменту родов их количество снижается до 3 %. Соответственно, вероятность тазового предлежания повышается в случае преждевременных родов.
- Причины, по которым плод принимает положение тазовым концом вниз могут быть:
 - Многоплодная беременность. При этом зачастую один плод находится в головном, а другой в тазовом предлежании;
 - Многоводие или маловодие;
 - Патология плода: гидроцефалия, анэнцефалия и др. пороки развития;
 - Патология матки: миома матки, нарушение тонуса мускулатуры матки;
 - Патология плаценты: предлежание плаценты, расположение её в области трубных углов;
 - Последствия кесарева сечения.

- Диагностика
- Диагностика обычно не вызывает затруднений. Тазовое предлежание на поздних сроках можно определить при наружном осмотре - Прием Леопольда, аускультация, а также более детально на УЗИ и на влагалищном исследовании.



Рис. 26.



Рис. 27.



Рис. 28.



Рис. 29.



Рис. 30.



Рис. 31.



Рис. 32.



Рис. 33.



Рис. 34.



Рис. 35.

- Биомеханизм родов при тазовом предлежании
- Вставление ягодиц во вход в малый таз происходит межвертельной линией в косом или поперечном размерах.
- Первый момент биомеханизма родов - внутренний поворот ягодиц - состоит в том, что при переходе из широкой части таза в узкую, ягодицы поворачиваются в прямой размер таза. Поворот ягодиц заканчивается на тазовом дне. Одновременно с поворотом передняя ягодица опускается ниже задней, подходит своей подвздошной костью под нижний край лонного сочленения, где фиксируется. Вокруг этой точки фиксации происходит второй момент биомеханизма родов.
- Второй момент биомеханизма родов - сгибание позвоночника в пояснично-крестцовом отделе и рождение задней ягодицы, вслед за которой через вульварное кольцо окончательно рождается передняя ягодица, и плод с выпрямленным позвоночником появляется до пупочного кольца. Ягодицы поворачиваются из прямого в косой размер таза, т.к. в это время плечики вступают своим биакромиальным размером в косой размер входа в таз и поступательными движениями опускаются в полость таза.
- Третий момент биомеханизма родов - внутренний поворот плечиков начинается при переходе из широкой части в узкую и заканчивается на тазовом дне установлением плечиков в прямом размере выхода таза. Переднее плечико опускается и фиксируется под лоном на границе верхней и средней трети.
- Четвертый момент биомеханизма родов - сгибание позвоночника в шейно-грудном отделе, в результате чего заднее плечико выкатывается над промежностью, а затем рождается полностью переднее плечико и ручка.

- Пятый момент биомеханизма родов - внутренний поворот головки. Головка вступает в таз стреловидным швом в поперечном или косом размере, противоположном тому, в котором проходили ягодицы и плечики. При переходе из широкой в узкую часть таза головка совершает внутренний поворот, в результате которого стреловидный шов устанавливается в прямой размер выхода таза, а опустившаяся головка фиксируется подзатыльем под лоном.
- Шестой момент биомеханизма родов — сгибание головки — происходит на тазовом дне вокруг точки фиксации подзатылья о нижний край лона. Вначале над промежностью рождается подбородок, затем лицо, лоб и теменная часть и последним затылочный бугор.
- Головка прорезывается малым или средним косым размером. Конфигурации головки при этом механизме не происходит.
- Травматизация промежности и влагалища при тазовых предлежаниях значительная, т.к. последующая головка имеет большие размеры за счет отсутствия конфигурации и рождении её в большинстве случаев средним косым размером (диаметр - 10 см, окружность - 33-34 см).



Полное



Неполное



Истинное

- Ведение беременности
- В связи с повышенным риском родов в тазовом предлежании его необходимо постараться изменить на головное. После 32 недель беременной назначается специальная гимнастика, способствующая перевороту плода. Полезно плавание в бассейне, так как при этом сила тяжести уменьшается и облегчает переворот.
- На сроке 34 — 38 недель можно применить наружный профилактический поворот плода на головку. Однако, его выполнение несет риск травматизации плода, а в некоторых случаях может оказаться неэффективным из-за того, что плод переворачивается обратно.
- Противопоказания к наружному повороту:
 - Патология матки: аномалии строения, рубец, повышенный тонус;
 - Патология плода: предлежание плаценты, много- и маловодие, обвитие пуповины
 - Патология со стороны матери: гестоз, ожирение, узкий таз, возраст после 30 лет, бесплодие, беременность после ЭКО.
 - В случае устойчивого тазового предлежания к сроку родов беременная госпитализируется в отделение патологии роддома для определения группы риска и способа ведения родов. Женщинам с высоким и средним риском при тазовом предлежании показано кесарево сечение.

- Возможные осложнения во время родов [править | править вики-текст]
- Преждевременное излитие околоплодных вод;
- Слабость родовой деятельности;
- Внутриутробная гипоксия плода;
- Запрокидывание ручек (во втором периоде родов);
- Возникновение заднего вида;
- Разгибание и ущемление головки.