



Тазовое предлежание. Многоплодная беременность.

ПМ02. «Лечебная деятельность»
МДК 02.03. «Оказание акушерской
помощи»
Специальность 060101
«Лечебное дело»



Вопросы лекции

1. Причины тазовых предлежаний, косых и поперечных положений плода.
2. Диагностика тазовых предлежаний, косых и поперечных положений плода.
3. Ведение беременности
4. Принципы лечебной гимнастики
5. Профилактика запущенного положения плода.
6. Течение и ведение родов при тазовом предлежании
7. Биомеханизм родов при тазовом предлежании
8. Пособия по Цовьянову I, и II, учебное классическое пособие



Многоплодная беременность

- Понятие. Причины.
- Диагностика многоплодной беременности.
- Льготы женщинам при многоплодии.
- Особенности течения и ведения беременности.
- Течение и ведение родов при м

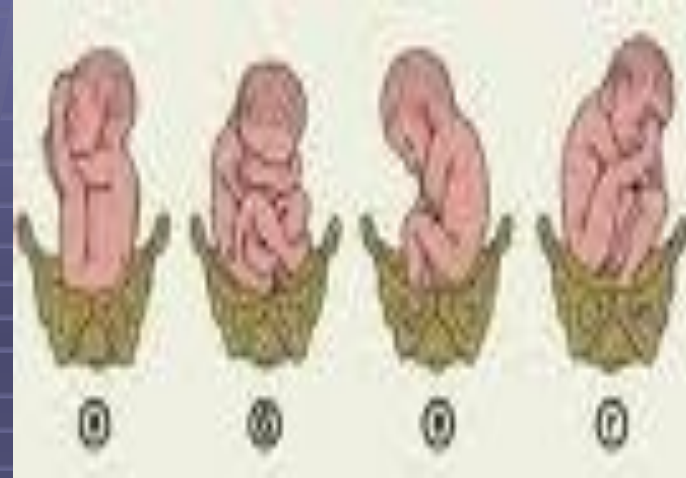


Тазовое предлежание – внутриутробное положение плода, при котором его тазовый конец предлежит ко входу в малый таз

- Частота при доношенной беременности – 3-5%
- При преждевременных родах- увелич-тся в 1,5-2раза
- Роды- относят к группе повышенного риска
- Перинатальная смертность в 4-5 раз выше, чем при головном
- 80 из 1000 детей имеют травмы ЦНС травмы шейного отдела,



КЛАССИФИКАЦИЯ



Ягодичное и ножное предлежание

Ягодичное

- Чистоягодичное (неполное) – 63 - 70%
- Смешанное ягодичное (полное) – 20 - 24%

Ножное предлежание

- Полное – предлежат обе ножки
- Неполное – предлежит одна ножка
- Коленное – предлежат согнутые колени, редко.

Косые, поперечные положения плода

- Продольная ось плода и матки не совпадают
- *Поперечное положение* – продольная ось плода образует с продольной осью матки прямой угол
- Косое положение плода - продольная ось плода и матки перекрещиваются под острым углом
- Позиция плода –
- Вид позиции -



Косое, поперечное положение плода



- Патологическое состояние;
- Роды консервативным путем *невозможны* ни живым ни мертвым плодом;
- Формирование ситуации запущенного поперечного положения плода, при излитии околоплодных вод и выпадении ручки

Причины тазового предлежания и поперечного положения плода

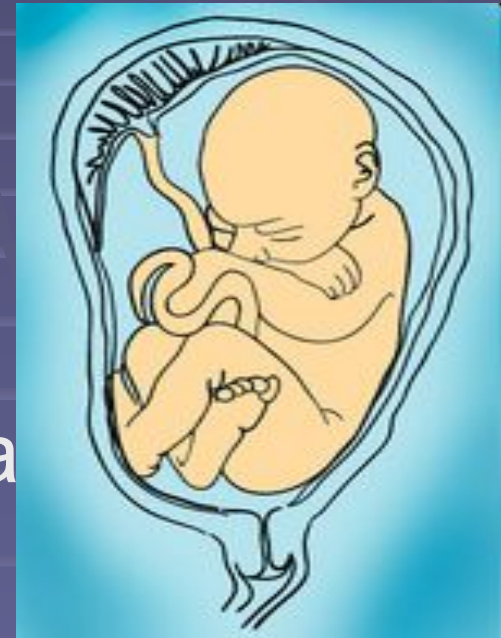
Плодовые факторы:

- Многоплодие,
- Недоношенность,
- ЗВУРП,
- Врожденные аномалии плода (аненцефалия, гидроцефалия),
- Неправильное членорасположение плода,
- Мертвый плод,
- Особенности развития вестибулярного аппарата плода,
- Незрелость головного мозга плода



Материнские факторы

- Аномалии развития матки седловидная, двурогая матка, наличие перегородки в матке,
- Опухоли матки и яичников,
- Узкий таз,
- Снижение или повышение тонуса матки у многорожавших женщин,
- Рубец на матке после операции,



Плацентарные факторы

- Предлежание плаценты,
- Расположение плаценты в области дна и углов матки,
- Маловодие, многоводие,
- Патология пуповины (обвитие, абсолютная или относительная короткость п



диагностика

- Устойчивое предлежание формируется к 35-36 неделям беременности,
- Над входом в малый таз мягкая, не имеющая четких контуров мягкая часть, без четких контуров,
- В дне матки - плотная, округлая, баллотирующая часть – головка,
- С/биение выше пупка,
- Шевеление больше в нижних отделах живота.



При влагалищном исследовании

- Объемную, мягкую часть (ягодицы) или мелкие части плода (ножки);
- При значительном открытии маточного зева можно определить – крестец плода, седал. бугры, большие вертелы бедренных костей, анальное отверстие:
- Пальпация половых органов, анального отверстия



Косое поперечное положение плода

диагностика

- Форма матки вытянута в поперечном или косом направлении, а не овоидная, дно матки ниже, чем при продольном положении;
- Головка и тазовый конец плода располагаются в боковых отделах матки;
- Предлежащей части над входом в таз нет;
- с/биение - на уровне пупка, где находится головка плода;
- Влагалищное исследование не дает отчетливых данных.

Течение и ведение беременности

- До 32 недель тактика выжидательная;
- В 28 - 32 недели показана корригирующая гимнастика по Диканю.
- На полу попеременно поворачивается на левый и правый бок и лежит на каждом по 10мин;
- Процедура повторяется 3 - 4 раза, не менее 3 раз в день, в течение 7 дней. Бандаж.

Противопоказания к гимнастике

- Угроза прерывания беременности;
- Возрастные первородящие старше 30 лет;
- Уродства плода;
- Бесплодие и невынашивание в анамнезе;
- Рубец на матке;
- Предлежание плаценты;
- Аномалии развития матки;
- Многоплодие, маловодие, многоводие;
- Тяжелая экстрагенитальная патология

Наружный поворот на головку по Б.А. Архангельскому

- В акушерском стационаре в 36 недель;
- Под контролем УЗИ, при достаточном количестве вод;
- Для снижения тонуса матки – (гинипрал) бета – адреномиметики;
- Контроль за с\биением плода в течение часа после операции;
- Согласие пациентки;



- Госпитализация в ак. стационар в 37-38 нед;
- Определить тактику родоразрешения;
- УЗИ и доплерометрия;
- Профилактика запущенного положения плода;
- Улучшить маточно-плацентарный кровоток — луцетам, вит.С, эссенциале;
- Подготовка родовых путей — «зрелая» ш\м;
- Профилактика слабости родовой деятельности.

Тактика ведения родов при тазовом предлежании

- Через естественные родовые пути;
- Родоразрешение путем кесарева сечения.
- Зависит от паритета, возраста, акушер. анамнеза, срока беременности, готовности организма к родам, размеров таза, сост-я плода, его размеров, разновидности тазового предлежания.

Роды естественным путем возможны:

- При массе плода ≤ 3500 г;
- Чисто ягодичное предлежание;
- Нормальные размеры таза;
- Согнутой или незначительно разогнутой головке плода;
- «Зрелой» шейке матки,
- Плод женского пола

Осложнения первого периода родов

- АРД - слабость родовой деятельности;
- Преждевременное или раннее излитие вод;
- Затяжные роды;
- Гипоксия плода, асфиксия новорожденного;
- Выпадение ножки плода, пуповины;
- Замедленное продвижение предлежащей части.
- Гибель плода атенатальная.

Осложнения второго периода родов

- Слабость потуг;
- Спазм ш\м и мышц промежности;
- Запрокидывание ручек и затрудненное выведение последующей головки плода;
- Родовые травмы матери и плода (разрывы мягких тканей матери и повреждения костного таза);

Ведение родов при тазовом предлежании

Первый период родов:

- Мониторинг с\биения плода, ЧСС до 155 – 170 уд\мин;
- Контроль за сократительной деятельностью матки – ведение партограммы. В активную фазу открытие ш\матки – 1,2 см\час – у первородящих, 1,5см\час – у повторнородящих

- Профилактика раннего вскрытия плодного пузыря;
- Введение обезболивающих и спазмолитиков - при активной родовой деятельности и ш\м открытии на 4см (ЭПА, но-шпа, промедол);
- Родостимуляция 1мл окситоцина 400 мл физ.р-ра, с 6-8 кап\мин;
- Профилактика гипоксии плода – пирогитам;

Второй период родов:

- Родостимуляцию продолжать до 40 кап\мин;
- Широкая эпизиотомия под м\а 2% р-ром лидокаина 2мл;
- Но-шпа 2мл в\м для предупреждения спазма шейки матки в конце первого периода;
- Оказание пособия по Цовьянову 1 при чисто - ягодичном предлежании;
- Пособие по Цовьянову 2 при смешанном ягодичном предлежании.
- Профилактика кровотечения в 3-м периоде – МЭМ 1мл в\в на физ р-ре 10мл:

Пособие по методу Цовьянова 1

- Применяется при чисто - ягодичном предлежании;
- Цель пособия – сохранить нормальное членорасположение плода, провести профилактику запрокидывания ручек и разгибания головки

Пособие по методике Цовьянова 2

- Применяется при ножном предлежании;
- Цель пособия – перевести ножное предлежание в смешанное ягодичное, подготовить родовые пути для прохождения последующей головки плода
- Пособие препятствует выпадению ножек и пуповины до полного раскрытия маточного зева.

Ручное классическое пособие

Включает в себя 2 момента:

- Извлечение запрокинувшихся ручек:
- Выведение последующей головки плода по методике Морисо – Левре – Лашапелль
- При оказании пособия – следует соблюдать биомеханизм родов при тазовом предлежании

Правила извлечения ручек и головки плода

- Каждую ручку освобождают одноименной рукой акушера – правую ручку - правой рукой, левую – левой рукой;
- Первой всегда освобождают «заднюю» ручку, расположенную у промежности;
- Вторую ручку также освобождают у промежности, для чего туловище плода поворачивают на 180° , затылок проходит под лонем.

Многоплодной называют -

беременность, двумя или большим количеством плодов.

- Дети, родившиеся от многоплодной беременности, называются близнецами;
- Частота составляет до 1,5% от общего количества родов;

Причины многоплодия

- Чаще у многорожавших;
- Наследуется по материнской линии;
- Экстракорпоральное оплодотворение – ЭКО;
- При стимуляции овуляции;
- При созревании яйцеклеток в обоих яичниках;
- При созревании яйцеклетки с двумя и более ядрами.

Классификация многоплодия

По происхождению:

- Однояйцовая,
- Двухяйцовая,

Однояйцовые (монозиготные) – развиваются из одной яйцеклетки, оплодотворяются одним сперматозоидом.

Всегда однополые, имеют одну группу крови, одинаковый цвет глаз, волос, кожный рельеф кончиков пальцев, форму и расположение зубов

Двуяйцовые (дизиготные, братские)

- Развиваются из двух яйцеклеток,
- Оплодотворяются разными сперматозоидами;
- Развиваются автономно друг от друга;
- Имеют изолированные плаценты;
- Могут быть разнополыми или однополыми;
- Находятся в генетической зависимости, что и родные братья, сестры.

Расположение плодов в матке

- Положение обоих плодов продольное или поперечное, один в продольном, другой в поперечном;
- предлежание - оба в головном или тазовом предлежании, один в головном, другой в тазовом



Диагностика многоплодия

- Несоответствие величины матки сроку беременности, в основном с 14 – 16 нед;
- Раннее ощущение шевеления плодов с 15 – 16 недель беременности;
- Пальпация 3-х и более крупных частей, над входом две части;
- При аускультации определены 2 и более с/биений плодов, (разница не менее 10 уд\мин), наличие зон «молчания»,
- наличие углубления в дне матки.



- Уровень ХГЧ выше, чем при одном зародыше, на этом сроке беременности;
- УЗИ - наиболее точный метод диагностики, позволяет провести диф. диагностику с многоводием, пузырным заносом, крупным плодом, опухолью матки, седловидной маткой;
- Эхорафия – устанавливает многоплодие с 5 – 6 недель беременности.

Ведение беременности

- ДДО выдается в 28 недель – 84 дня, ПДО – 110 дней;
- Критические сроки:
 - Угроза прерывания беременности – 18 - 22, 31-33 недели;
 - Анемия беременных – 18 – 22 недели;
 - Гестоза – 26 – 36 недель;
 - Многоводия – 18 – 22 недели.

Схема ведения многоплодной беременности в ЖК

- Ранняя УЗД многоплодия;
- Ранняя диаг-ка аномалий и пороков раз-я;
- Полноценное питание – 300 ккал\день, с преобладанием в пище белков животного происхождения – мясо, творог;
- Профилактика невынашивания – токолитики от 22 до 36 недель;
- Антианемическая терапия – препараты железа не менее 70мг\сутки, фолиевая к-та, поливитамины, БАДы с 16 – 20 недель;

- Лечебно – охранительный режим – седативные фито. сборы, седативные препараты – тазепам (нозепам) по 0,01г 2 - 3 раза\день;
- Улучшение маточно – плацентарного кровотока трентал по 0,1г 1р\день, курантил по 0,025г 3р\д, актовегин 5мл в\в;
- Оценка развития плодов (физическое, гипотрофия и др.);
- Госпитализация по показаниям;
- Невынашивание беременности;
- Ранний гестоз.
- ПРПП, выпадение пуповины.

Профилактика осложнений

- После 20 недель бер – ти рекомендуется 3 раза/день по 1- 2 часа постельный режим;
- При появлении симптомов ИЦН – наложение шва на шейку матки;
- При осложнениях беременности – госпитализация в стационар;
- За 2-3 недели до родов госпитализация для подготовки к родам;

Течение родов при многоплодии

Первый период родов:

основные факторы, определяющие ведение первого периода родов – срок берем - ти, состояние плодов, хар-р родовой деятельности – ти, целостность плодного пузыря.

- Преждевременные роды;
- Преждевременное или раннее излитие околоплодных вод;
- Слабость родовой деятельности;
- Затяжные роды.

Второй период родов:

- Затяжной период изгнания родов;
- ПОНРП второго плода, кровотечение;
- Гипоксия плода, асфиксия новорожденного;
- Запоздалый разрыв плодного пузыря второго плода;
- Переход второго плода из продольного положения в поперечное;
- Коллизия плодов подбородками;
- Мертворождаемость, травматизация плодов;

Третий период родов:

- Кровотечения, гипотонического характера, при неполной отслойке плаценты, остатках частей плаценты в полости матки;
- В послеродовом периоде – замедление инволюции матки;
- Послеродовые гнойно - септические заболевания;
- Гипогалактия – чаще.

Ведение родов при многоплодии

Первый период родов: при и целом плодном пузыре, активной родовой деятельности и хорошем состоянии плодов роды ведут активно – выжидательно.

- КТГ контроль за состоянием плодов;
- За хар-ом сократительной активности матки;
- Динамикой раскрытия ш\м (партограмма);
- За вставлением и продвижением предлежащей части;

- Обезболивание родов как при одноплодной беременности;
- Положение роженицы на боку – профилактика аортокавальной компрессии;
- При слабости родовой деятельности – сочетать окситоцин 2,5 ЕД + простогландин 2,5мг на 500мл физ. р-ра в\в капельно;
- Профилактика гипоксии плода – луцетам;
- Ведение родов на мячике – профилактика несвоевременного излития вод;

Ведение второго периода родов:

- Присутствует неонатолог - реаниматолог и акушер – гинеколог;
- Подготовить к реанимации приказ .№ 372;
- в/в окситоцин продолжить до 30-40кап\мин;
- Эпизиотомия под м\а лидокаина 2% - 2мл;
- После рождения первого плода определить положение и предлежание второго плода;
- Вагинальное исследование после рождения первого плода;
- Вскрыть полный пузырь второго плода

Третий период родов:

- Введение окситоцина продолжать – профилактика гипотонии матки, кровотеч-я;
- в\в метилэргометрин 1мл на физ. р-ре 10мл, после рождения последа;
- Мониторинг за состоянием детей, сразу унести в отд. Новорожденных;
- Контроль за кровопотерей из матки в течение первых 2-х часов – при необходимости – восполнение.

Послеродовый период

- Нарушается инволюция матки – назначение настойки водного перца;
- Гимнастические упражнения – укрепляющие брюшную стенку и мышцы тазового дна;
- Дети переводятся на второй этап выхаживания в дет. больницу, родильница выписывается домой.



