

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт медицинских проблем
Севера» НИИ МПС

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

Шилова О.Ю., к.м.н., доцент



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

Самопроизвольные роды в тазовом предлежании неосложненные - это роды одним плодом в тазовом предлежании, которые начались спонтанно, **прошли без осложнений**, при которых ребенок родился в тазовом предлежании. После родов роженица и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Классификация

1) Ягодичные предлежания (сгибательные): чисто ягодичное (неполное) или истинное (а), смешанное ягодичное или полное (б);

2) Ножные предлежания (разгибательные):
Неполное ножное - ко входу в таз предлежит 1 ножка (г),
Полное ножное - ко входу в таз предлежит 2 ножки (в),
Коленное (встречается редко, в родах переходит в ножное предлежание).



а



б



в



г

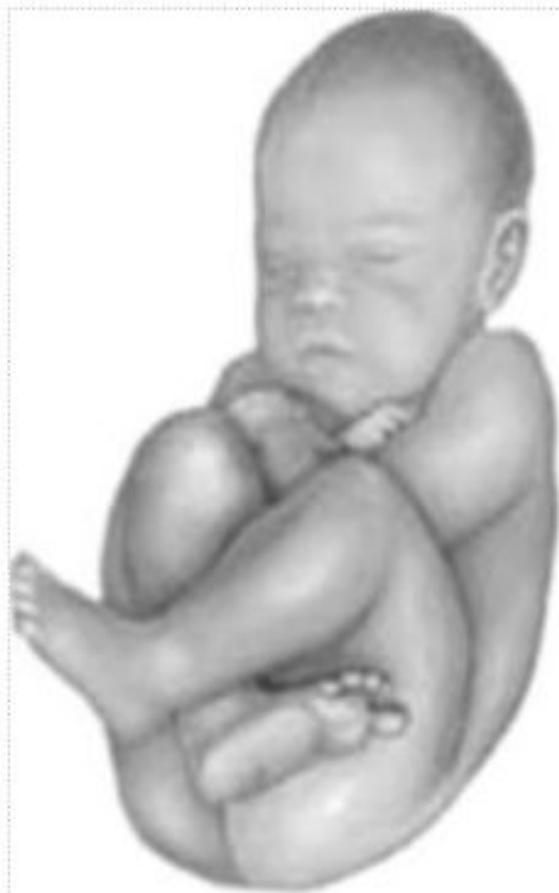
- **Чистое ягодичное предлежание (неполное)**
(встречается в 63,2-68% случаев)

Смешанное ягодичное предлежание (полное)
(встречается в 20,6-23,4% случаев).

- **Ножное предлежание**
(встречается в 11,4-13,4% случаев)

1. **Неполное ножное предлежание**
2. **Полное ножное предлежание**
3. **Коленное предлежание.**





Полное



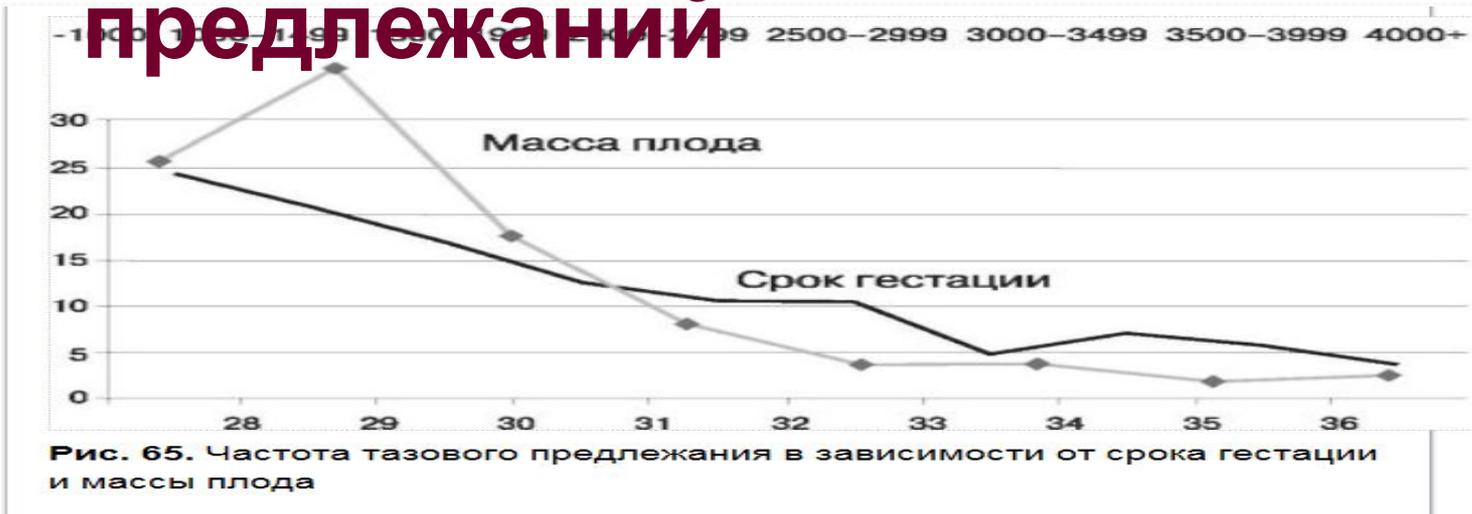
Неполное



Истинное

Рис. 64. Типы тазовых предлежаний Американская классификация

Частота тазовых предлежаний



Частота тазового предлежания плода при доношенной беременности составляет **3-5%**

При сроке беременности менее 28 недель и массе плода менее <1000 г, частота ТП достигает 35%,

В сроке 34-36 недель при массе плода 2000-2499 г, она не превышает 8%,

Поэтому клинически важна диагностика **в сроке 36**

Причины:

Материнские факторы;

Плодовые;

Плацентарные.

Материнские факторы: Узкий таз, миома матки, аномалии развития матки, дряблость передней брюшной стенки, многорожавшие, рубец на матке после кесарева сечения, опухоли таза.

Плодовые факторы: Недоношенность, врожденные аномалии плода, многоплодие, неправильное членорасположение плода.

Плацентарные факторы: Предлежание плаценты, многоводие или маловодие, короткая пуповина (абсолютная или относительная).

Диагностика

1. Наружные методы акушерского исследования (I и III приемы Леопольда)
2. Аускультация - сердцебиение плода выслушивается выше пупка слева или справа;
3. УЗИ – 100%.
4. Амниоскопия;
5. Оценка состояния плода (КТГ, доплерометрия);
6. Оценка готовности женского организма к родам (зрелость шейки матки по шкале Бишоп).

Признаки тазовых предлежаний при наружном акушерском исследовании:

- 1. Высокое стояние дна матки, так как тазовый конец плода высоко расположен над входом в таз;**
- 2. Головка плода (округлое плотное баллотирующее образование) расположена в дне матки, а ягодицы (крупная, неправильной формы, не баллотирующая предлежащая часть) - над входом в таз, что определяют при пальпации живота беременной;**
- 3. Сердцебиение плода выслушивают на уровне пупка или выше.**

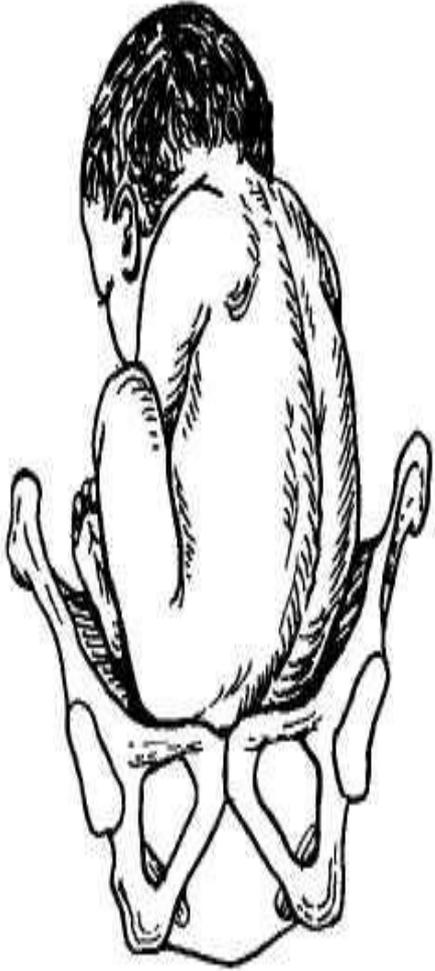
Во время родов данные влагалищного исследования:

при ягодичном предлежании предлежащая часть мягкая, можно прощупать щель между ягодицами, крестец, половые органы плода;

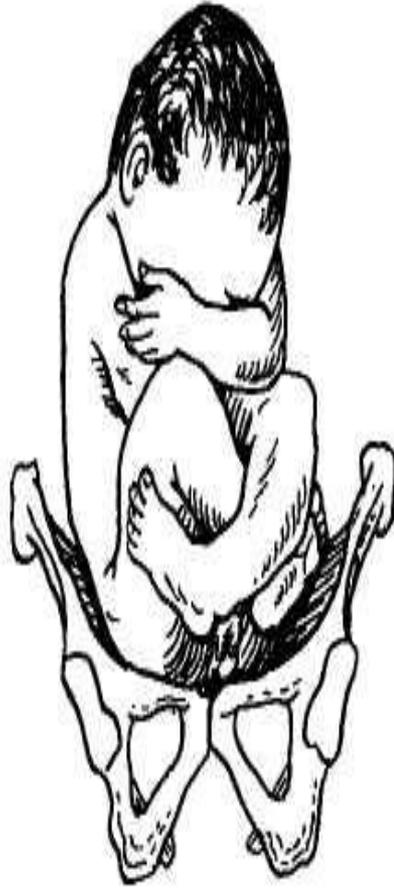
при чистом ягодичном предлежании можно найти паховый сгиб;

при смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицами прощупывают стопу, по локализации крестца уточняют позицию и вид;

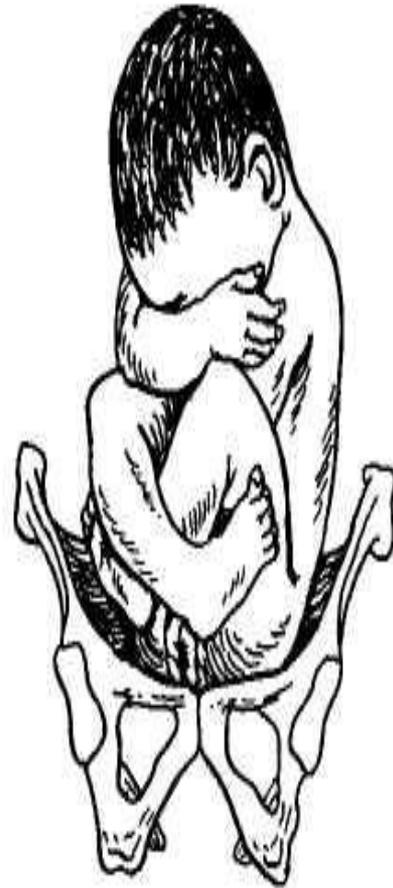
при ножных предлежаниях определяется ножка или ножки плода.



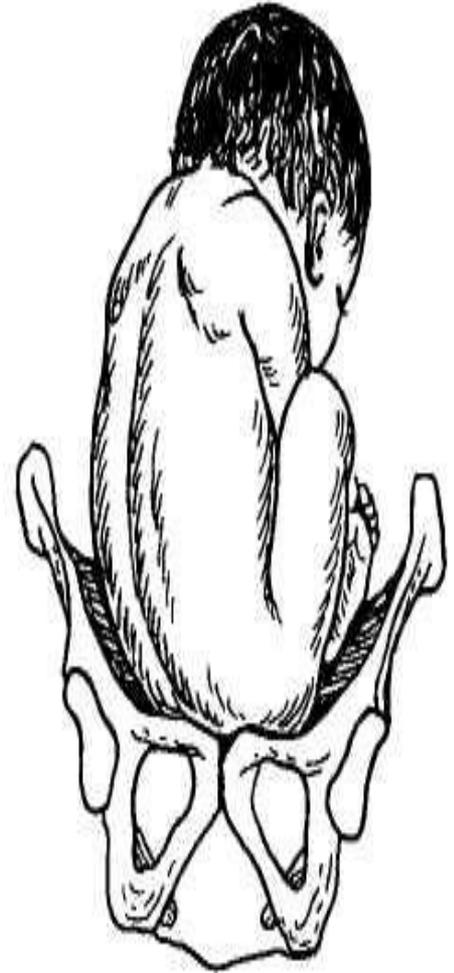
a



б



в



г

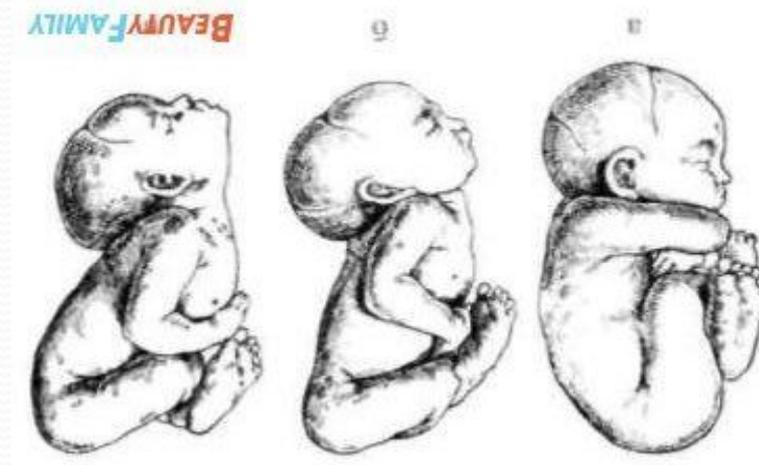
Параметры, оцениваемые при УЗИ

- вид тазового предлежания плода (полное, неполное);
- подсчет предполагаемой массы плода;
- количество вод (амниотический индекс);
- локализация плаценты;
- описание пуповины (расположение, обвитое вокруг шеи плода);
- аномалии развития плода;
- определение степени разгибания головки плода (согнута, разогнута, нейтральное положение) и запрокидывания ручек;

Определение степени разгибания головки плода

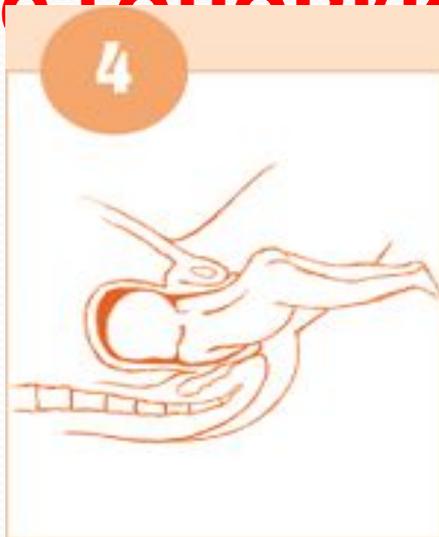
Угол измеряется между позвоночником и затылочной костью головки плода:

- головка согнута (угол больше 110°),
- головка слабо разогнута ("поза военного") - I степень разгибания (угол от 100 до 110°),
- головка умеренно разогнута - II степень разгибания (угол от 90 до 100°),
- чрезмерное разгибание головки ("смотрит на звезды") - III степень разгибания (угол меньше



В механизме родов при ТП плода различают 4 этапа:

- 1) Рождение плода до пупка;
- 2) Рождение от пупка до нижнего угла лопатки;
- 3) Рождение плечевого пояса и ручек;
- 4) Рождение головки.



Биомеханизм родов

1. Уменьшение размеров и опускание тазового конца.

Ягодицы вступают в таз таким образом, что поперечный размер их (linea intertrochanterica) совпадает с одним из косых размеров таза.

В косом размере ягодицы опускаются в таз, ягодица, обращенная кпереди, стоит ниже задней, она играет роль проводной точки, на передней ягодице образуется родовая опухоль.

2. Внутренний поворот ягодиц.

Происходит в полости таза одновременно с их продвижением. На дне таза межвертельная линия стоит в прямом размере, передняя ягодица подходит к лобку, задняя — к крестцу.



3. Врезывание и прорезывание ягодич.

Первой прорезывается ягодича, обращенная кпереди, область подвздошной кости плода упирается в лобковую дугу, образуя точку фиксации. Происходит сильное боковое сгибание туловища по проводной оси таза. Во время сгибания туловища рождаются задняя ягодича и весь тазовый конец плода.

4. Рождение плечевого пояса.

Плечики вступают своим поперечным размером в косой размер таза, в выходе таза переходят в прямой размер.

Переднее плечико фиксируется под лобковым симфизом, а заднее выкатывается над промежностью.

Ручки, скрещенные на грудной клетке, выпадают сами или освобождаются при помощи ручного пособия.

5. Рождение головки.

Головка в согнутом состоянии вступает в косой размер таза, в полости она совершает поворот затылком кпереди (к лобку), личиком кзади. Когда в половой щели показывается шея плода, головка упирается в нижний край лобковой дуги областью подзатылочной ямки, являющейся точкой фиксации, вокруг которой происходит прорезывание.

Задний вид тазового предлежания:

- **если головка идет в согнутом состоянии, то область переносицы упирается в симфиз и над промежностью выкатывается затылок;**
- **при разгибании головки подбородок задерживается над симфизом, головка должна родиться в состоянии крайнего**

«Ведение родов при тазовом предлежании это не только наука, но и искусство!!!»

- Перинатальная смертность при ТП в 3-4 раза выше, чем при головном, а травматизм в 10 раз чаще.
- Роды в тазовом предлежании **не относятся** к патологическим.
- Вопрос о способе родоразрешения при тазовом предлежании остается, по-прежнему **окончательно нерешенным.**

Ведение беременности и родов при ТП

При подтверждении тазового предлежания в 36

недель необходимо:

1. Провести консультирование в консультативно-диагностическом отделении перинатального центра.
2. При отсутствии противопоказаний пациентке должен быть предложен **наружный акушерский поворот**.

Наружный акушерский поворот.

- Место проведения:

акушерский стационар 2-3-ей группы с возможностью выполнения экстренного кесарева сечения

- Целевые группы:

Первородящая женщина при сроке беременности от 36 недель и более

Повторнородящая при сроке беременности от 37 недель и более с **одноплодной**

неосложненной беременностью и

чистоягодичным предлежанием

плода

Предикторы успешного наружного акушерского поворота

- Многорожавшие.
- Абдоминальная пальпация головки.
- Низкий индекс массы тела матери.
- Расположение плаценты на задней стенке.
- Чисто ягодичное предлежание.
- Амниотический индекс более 10 см.

Наружный акушерский поворот.

Условия проведения

- **Срок гестации не менее 36 недель.**
- **Чистаягодиичное предлежание плода**
- **Отсутствие противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути.**
- **Удовлетворительное состояние плода (кардиотокография - нестрессовый тест, доплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины и средней мозговой артерии плода, маточных артериях.**
- **Адекватное количество амниотической жидкости.**
- **Возможность экстренного абдоминального оперативного родоразрешения.**

Наружный акушерский поворот.

Абсолютные противопоказания к проведению наружного акушерского поворота

- **Планируемое оперативное родоразрешение путем кесарева сечения по другим показаниям (предлежание плаценты, анатомическое сужение таза, тяжёлая экстрагенитальная патология и т.д.).**
- **Кровотечения второй половины беременности или последние 7 дней**
- **Противопоказания к приему бета-адреномиметиков (тиреотоксикоз, аритмия, болезни сердца, при которых использование препаратов этой группы противопоказано).**
- **Патологическая/пограничная КТГ, нарушение кровотока в системе мать-плацента-плода по данным доплерометрического исследования.**
- **Маловесный к сроку гестации с аномальными показателями доплерометрии**

Наружный акушерский поворот.

Абсолютные противопоказания к проведению наружного акушерского поворота (2)

- Аномалии матки, опухоли матки или ее придатков, препятствующие повороту.
- Многоплодие (кроме поворота второго плода).
- Рубец на матке.
- Грубые пороки развития плода, мертвый плод.
- Разгибание головки плода.
- Обвитие пуповины вокруг шеи плода.
- Тяжелая преэклампсия или высокая артериальная гипертензия.
- Разрыв плодных оболочек.

Возможные осложнения при проведении акушерского поворота

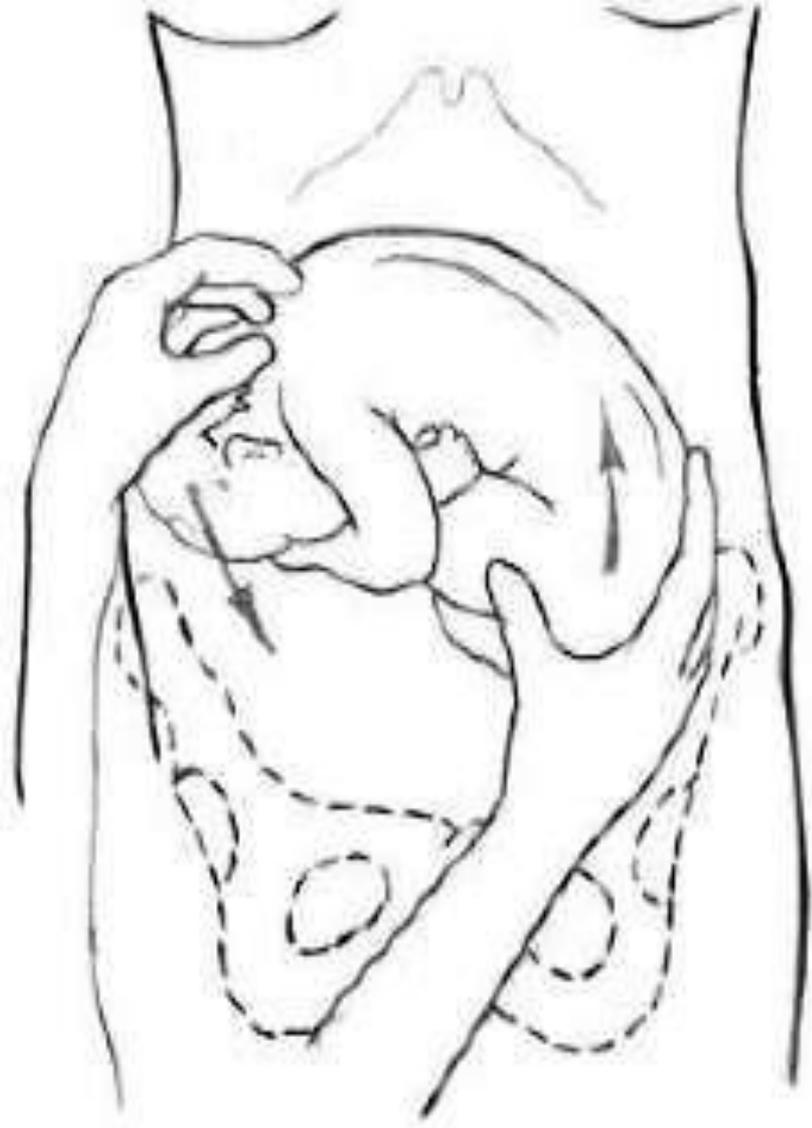
- Преждевременная отслойка плаценты.
- Преждевременные роды.
- Дородовое излитие околоплодных вод.
- Разрыв матки.
- Фето-материнская трансфузия (резус-иммунизация).
- Эмболия околоплодными водами.
- Преходящая брадикардия плода.
- Дистресс плода.

Порядок подготовки к наружному повороту

- УЗИ должно быть выполнено не позже, чем за 24 часа до процедуры.**
- Оценить и записать исходные данные матери: пульс, дыхание и АД.**
- Опорожнить мочевой пузырь**
- Положение женщины на боку, под углом 10-15 градусов (для профилактики синдрома нижней полой вены).**
- Выполнить КТГ в течение 20 минут.**

Порядок подготовки к наружному повороту

- . Гинипрал/ гексопреналина сульфата - 10 мкг (1 ампула по 2 мл) развести в 10 мл изотонического раствора и ввести болюсно в течение 5-10 минут с последующим 10-минутным контролем пульса, АД матери и ЧСС плода (КТГ).**
- . При увеличении ЧСС у матери более 140 уд/мин инфузию гексоприналина следует прекратить**
- . Через 30 минут после токолиза (или когда пульс матери станет >100 уд/мин) выполнить наружный поворот плода**
- . Периодически (не менее 2 раз за 5 минут) контролировать сердцебиение плода**



Наблюдение после завершения наружного акушерского поворота.

- **Выполнить УЗИ: оценить, успешен ли поворот и расположение пуповины.**
- **КТГ в течение 30-40 минут.**
- **В течение 30 минут контролировать у матери пульс, АД, болевые ощущения, вагинальные выделения (сразу после окончания процедуры, затем через 15 минут).**
- **Если женщина резус-отрицательная, не имеет RhD-антител и ей ранее не проводилась профилактика резус-сенсibilизации, следует профилактически ввести антирезусный иммуноглобулин 625 МЕ [4].**
- **Можно отпустить женщину домой через 1 час после процедуры.**

Ведение родов

- 1) С началом самопроизвольных родов желательно провести контрольное УЗИ
- 2) **постоянное мониторирование состояния плода - ЧСС плода менее 100 и более 180 уд/мин при родах в тазовом предлежании является показанием к кесареву сечению**
- 3) **Положение в родах - постельный режим на боку, а после излитая околоплодных вод (при не прижатом тазовом конце) - строгий постельный режим с постоянным мониторированием**
- 4) **максимальное сохранение плодного пузыря;**
- 5) **активное участие роженицы во втором периоде родов;**
- 6) **оказание акушерского пособия;**

Показания к плановому кесареву сечению:

- 1. экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг**
- 2. выраженное нарушение жирового обмена [1] - ожирение (ИМТ > 35 кг/м²)**
- 3. бесплодие (решается индивидуально);**
- 4. пороки развития внутренних половых органов матери**
- 5. сужение размеров таза**
- 6. рубец на матке**
- 7. предполагаемая масса плода менее 2500 г или более 3600 г разгибание головки III степени по данным УЗИ и/или запрокидывание ручек плода**
- 8. ножное предлежание плода у первородящих**
- 9. при многоплодии: любой вид тазового предлежания первого плода при двойне**
- 0. отказ женщины от родов через естественные родовые пути.**

Показания к экстренному кесареву сечению:

- 1. Отсутствие адекватного прогресса в родах в течение 2-х часов, решать в индивидуальном порядке**
- 2. Отсутствие родов в течение 60 минут от начала активных потуг**

Ведение родов

- **Контроль характера родовой деятельности и скорости раскрытия шейки матки; I период - раскрытие шейки матки в среднем не менее 1 см/час.**
- **Родостимуляция не рекомендуется. Введение окситоцина допускается только при редких схватках (менее 4 за 10 минут) на фоне эпидуральной анальгезии**

- При ягодичном предлежании плода возбуждение родовой деятельности не рекомендуется
- Обязательно ведение партограммы.
- Кардиотокография предпочтительна в первом периоде родов и является **обязательным во втором** периоде родов.
- При разрыве плодных оболочек - незамедлительное влагалищное исследование (исключить выпадение пуповины)
- При отсутствии адекватного прогресса в

- При родах в ягодичном предлежании следует избегать воздействия седативными препаратами и эпидуральной анестезией, чтобы максимально использовать потуги.
- Во втором периоде родов опускание ягодиц на тазовое дно должно происходить пассивно без активных потуг роженицы
- Если ягодицы пассивно не опустились на тазовое дно в течение 2 часов второго периода родов, рекомендовано выполнить кесарево сечение
- Продолжительность латентной стадии

- **Роды должны происходить при доступной операционной, во время родов необходимо присутствие неонатолога, владеющего навыками оказания реанимационной помощи в полном объеме**
- **Если с началом активных потуг роды не происходят в течение 60 минут, рекомендуется кесарево сечение**

Ведение II периода родов

- **При излившихся околоплодных водах при ТП использование окситоцина показано для профилактики слабости родовых сил в активную фазу родов**
- **Нет необходимости в рутинной эпизиотомии. Эпизиотомия может быть проведена, если это необходимо для оказания помощи в родах**
- **В клинических рекомендациях (протоколах) всех профессиональных медицинских сообществ нет данных о пользе введения атропина сульфата с целью предупреждения спазма шейки матки во время рождения головки**

Ведение II периода родов

- 1) . С началом активной фазы второго периода родов показано в/в капельное введение окситоцина;**
- 2) . К концу II периода родов на фоне введения окситоцина ввести спазмолитики (для предупреждения спазма нижнего маточного сегмента);**
- 3) . Роды ведутся по Цовьянову. Классическое ручное пособие при отсутствии продвижения плода после рождения до нижнего угла лопатки в течение 5 минут;**

Ведение родов - не рекомендуется

- 1) инвазивный фетальный мониторинг;**
- 2) рутинная эпидуральная анальгезия;**
- 3) индукция родов проводится в исключительных случаях по коллегиальному решению специалистов**
- 4) активное "растуживание" женщины до того, как предлежащая часть не опуститься на тазовое дно.**

плода

- При оказании акушерских пособий: избегать воздействия на плод до рождения его до уровня пупка.
- При тазовом предлежании плода возможны роды без оказания акушерского пособия – смешанное ягодичное предлежание,
- Чистоягодичное предлежание – пособие по Цовьянову 1
- Ножное предлежание - пособие по Цовьянову 11
- При запрокидывании ручек - классическое ручное пособие.
- Приём Морисо-Левре (Морисо-Смелли) применяется для освобождения головки, если её рождение задерживается.



а



б

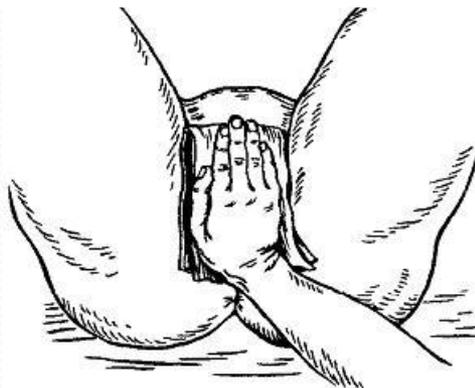


Рис. 76. Оказание пособия при смешанном и ножном предлежаниях

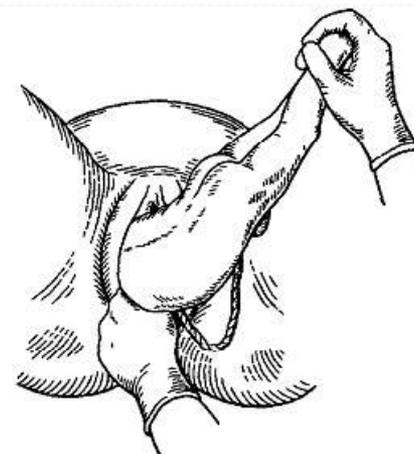


Рис. 77. Ручное пособие. Освобождение задней (левой) ручки, ножки плода отведены в сторону и кверху



FIG. 26.



FIG. 27.



FIG. 28.

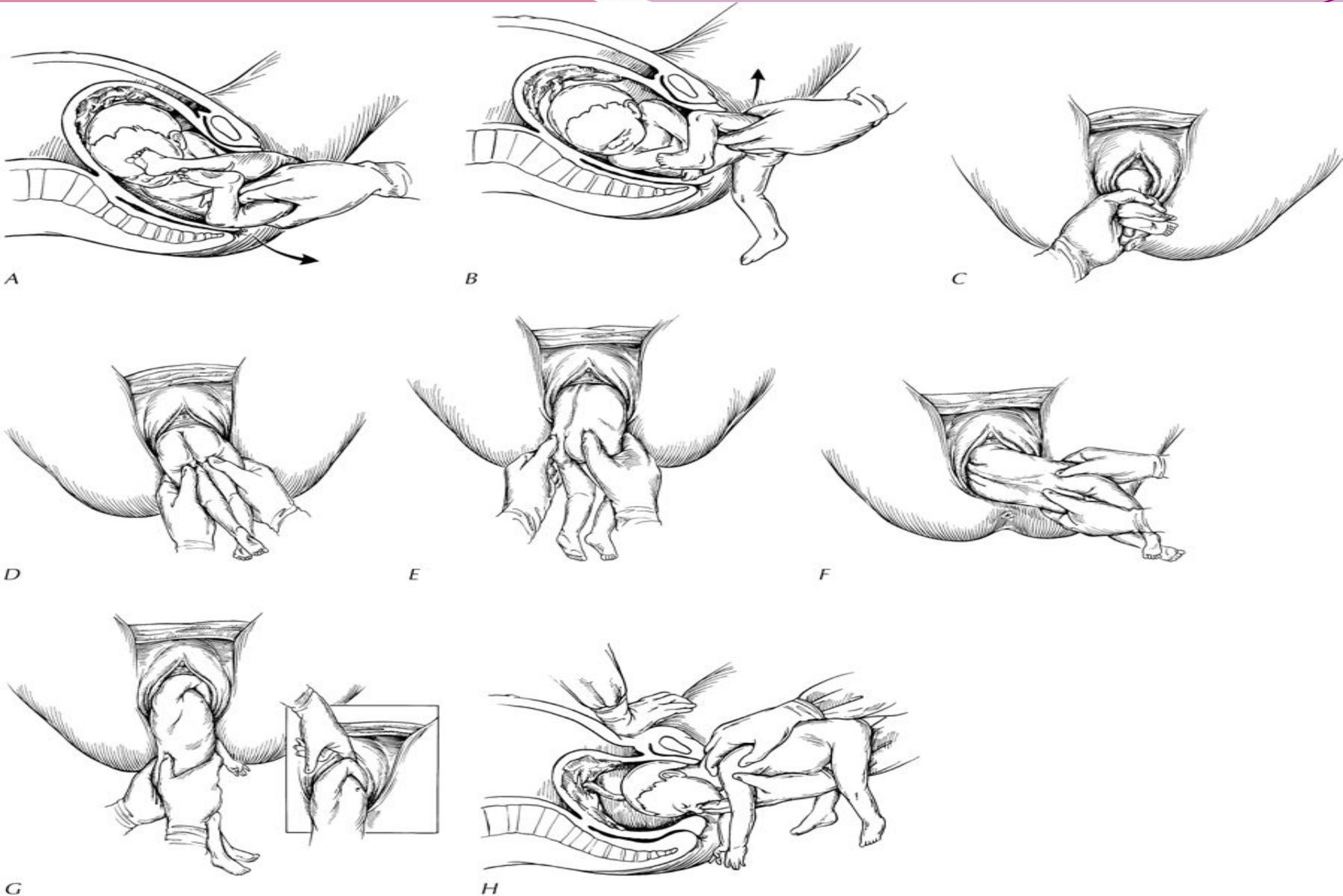


FIG. 29.



FIG. 30.





Source: Pearlman MD, Tintinalli JE, Dyne PL: *Obstetric and Gynecologic Emergencies: Diagnosis and Management*: <http://www.accessemergencymedicine.com>

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Тазовое предлежание при родах двойней

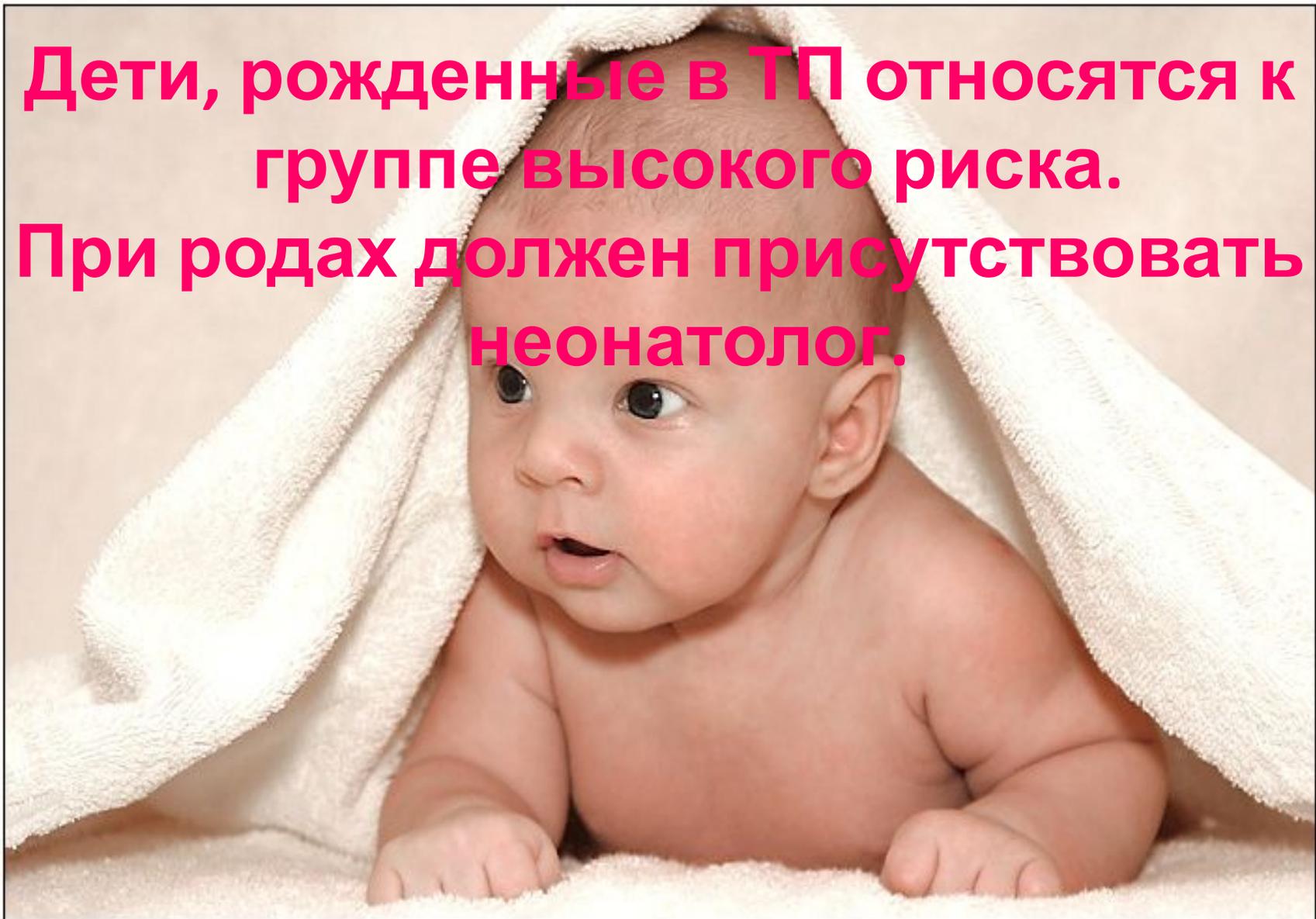
- В настоящее время недостаточно доказательств относительно тактики ведения вагинальных родов двойней и ТП плода. Вагинальные роды ассоциированы с высоким риском сцепления близнецов. В связи с этим не следует менять практику планового кесарева сечения при двойне и ТП первого плода в сроки от 37 недель беременности (уровень доказательности рекомендаций 1+) [15].

- Около половины всех беременных с двойней рожают досрочно, поэтому решение относительно способа родоразрешения должно быть принято заблаговременно. Если преждевременные роды не произошли, рекомендуется родоразрешение в 37 недель беременности [39].

- Предлежание второго плода при родах двойней не всегда предсказуемо. Шанс головного предлежания второго плода может быть повышен при фиксации его головки у входа в таз матери сразу после рождения первого плода. Некоторые врачи предпочитают ускорять рождение второго плода внутренним поворотом на ножку и быстрым его извлечением в ТП. В настоящее время нет доказательств, какой метод является самым безопасным [15].

- Если после рождения первого плода диагностировано ТП второго плода, рутинное кесарево сечение не рекомендуется ни при родах в срок, ни при преждевременных родах (уровень доказательности В), поскольку нет доказательств того, что оно улучшает исходы для плода [15].

**Дети, рожденные в ТП относятся к
группе высокого риска.
При родах должен присутствовать
неонатолог.**



Задача №1.

В родильном блоке находится первородящая 20 лет. Схватки начались 7 часов назад, через 4—5 минут по 35—40 сек. средней силы. Беременность протекала удовлетворительно. Роды в срок. Соматически здорова.

Объективно: рост 164 см, вес 67 кг. А/Д 120/80, 115/80 мм рт. ст. Пульс 78 уд. в мин. Размеры таза: 25—27, 5—31—20 см. ВДМ 36 см. окр. живота 96 см. Положение плода продольное, предлежат ягодичы, прижаты ко входу в таз. Сердцебиение ритмичное, 140 уд. в мин.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка сглажена, края ее эластичные, открытие зева 5 см. Плодный пузырь цел. Ягодицы во входе в таз. Межвертельная линия в левом косом размере таза. Мыс не достигается. Деформаций таза нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Какие осложнения возможны в периоде изгнания при тазовом предлежании?
4. Какие вы знаете разновидности тазовых предлежаний?
5. частота тазовых предлежаний?

Эталон ответа

- 1. Срочные роды I, I период родов, тазовое предлежание. I слабость родовой деятельности.**
- 2. Амниотомия, роды вести консервативно следить за состоянием плода, характером родовой деятельности. При наложении акушерской патологии экстренное родоразрешение операцией кесарево сечение**
- 3. (запрокидывание ручек; разгибание головки; затрудненное рождение плечевого пояса и головки; гипоксия плода, гибель**
- 4. (чистоягодичное, смешанное ягодичное, ножное, коленное)**
- 5. 3-5 %**

Задача №2.

У повторнородящей, у которой установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено, что ягодицы и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

1. Диагноз
2. Какую тактику следует избрать
3. Осложнение второго периода родов
4. В каком случае необходимо приступить к оказанию классического ручного пособия?
5. Какие методы исследования позволяют поставить диагноз тазового предложения при беременности?

Эталон ответа

- 1. Срочные роды, I период родов. Смешанное тазовое предлежание. Выпадение пуповины.**
- 2. Экстренное кесарево сечение**
- 3. (запрокидывание ручек; разгибание головки; затрудненное рождение плечевого пояса и головки; гипоксия плода, гибель плода**
- 4. (после рождения туловища до нижнего угла лопатки)**
- 5. наружное акушерское исследование (4 приема), УЗД)**

Задача №3.

Повторнородящая 35 лет поступила в наблюдательное отделение через 12 часов после отхождения околоплодных вод. Роды в срок, продолжаются 9 часов, температура 38,2, размеры таза нормальные. Положение плода продольное, предлежат ягодичи плода, прижаты ко входу в малый таз, 2-ая позиция, сердцебиение плода на уровне пупка, ритмичное. Схватки через 5-6 мин по 20-25 секунд. В анамнезе женщины одни своевременные роды, 4 искусственных аборта, эндомиометрит.

Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, ягодичи плода во входе в малый таз, копчик слева у лона, мыс не достигается, костных деформаций таза не определяется.

1. Ваш диагноз?
2. Как вести настоящие роды
3. техника по Цовьянову
4. Какие моменты рождения плода при тазовом предлежании Вы знаете?
5. В какой точке лучше прослушиваются сердечные тоны плода при тазовом предлежании?

Эталон ответа

1. II период родов, ягодичное предлежание 2 позиция. Полное открытие шейки матки.
2. Основная цель при чисто ягодичном предлежании- удержание ножек в течение периода изгнания вытянутыми и прижатыми к туловищу плода
3. Техника по Цовьянову: при прорезывании ягодиц их захватывают руками так, чтобы большие пальцы обеих рук располагались на прижатых к животу бедрах плода, а остальные четыре пальца обеих рук- на поверхности крестца. По мере рождения туловища врач бережно прижимает ножки плода к животу. При хорошей родовой деятельности плод быстро рождается до пупочного кольца, а вслед за этим до нижних краев лопаток. При этом поперечный размер плечиков переходит в один из косых размеров, а к моменту рождения плечевого пояса- в прямой. Ягодицы необходимо поправлять несколько кзади, чтобы облегчить рождение передней ручки, для рождения задней ручки плод приподнимают кпереди и из крестцовой впадины рождается задняя ручка. После этого в глубине зияющей половой щели появляются подбородок, нос плода. Достаточно направить ягодицы немного на себя и легко родится головка.
4. (рождение до пупка; рождение до нижнего угла лопаток; рождение плечевого пояса; рождение головки.)
5. (выше пупка со стороны спинки)

● Задача №4.

● В клинику поступила повторнородящая 28 лет с нормальными размерами таза. Родовая деятельность продолжается 5 часов, хорошая. Околоплодные воды не изливались. Предлежит мягкая крупная часть плода над входом в малый таз, спинка слева и спереди. В дне матки пальпируется округлая плотная часть. Сердцебиение плода прослушивается слева на уровне пупка, 132 удара в минуту, ясное, ритмичное. Через два часа после поступления излились светлые чистые воды, в умеренном количестве, вместе с водами выпала петля пульсирующей пуповины.

- 1. Диагноз
- 2. Тактика врача акушера-гинеколога.
- 3. Осложнение в родах
- 4. Биомеханизм родов
- 5. Ручное пособие при тазовом предлежании

Эталон ответа

Роды I период, тазовое предлежание.

При преждевременном излитии околоплодных вод нередки случаи выпадения петель пуповины. Скорее всего необходимо произвести кесарево сечение, т.к. имеет место тазовое предлежание, если нет, то следует оказать пособие ручное.

Слабость родовой деятельности, родовой травматизм, запрокидывание ручек; разгибание головки; затрудненное рождение плечевого пояса и головки; гипоксия плода, гибель плода.

1- вставление ягодиц во вход в малый таз, 2- опускание ягодиц, 3- крестцовая ротация, 4- внутренний поворот ягодиц, 5- рождение ягодиц и туловища до угла лопаток, 6- рождение плечевого пояса, 7- рождение головки

Учебное пособие при тазовом предлежании: когда рождение туловища дошло до нижнего угла лопаток, начинают ручное пособие.

Туловище захватывают в прямом размере таза, одно из плечиков помещают под симфизом, другое- в выемке крестцовой кости.

Одной рукой берут ножки плода в области голеностопа и отводят их вперед и в сторону противоположную спинке плода. Во влагалище вводят 2 пальца, продвигают пальцы до локтевого сгиба плода, влечение за локтевой сгиб. Вторую руку освобождают, предварительно переводя ее в заднюю (поворот на 180). Выполняют те же действия для освобождения второй ручки. Для освобождения головки прием Морисо-Левре-Лашаппель, туловище врач кладет себе на предплечье, 2 и 3 пальцы вводит во влагалище и находит рот плода, вторая рука на плечиках, головку выводят двигая косо сзади вниз.

Задача №6.

Роды в смешанном ягодичном предлежании.

Беременность доношенная. После рождения плода до нижнего угла лопаток оказано классическое ручное пособие. Выведение ручек без затруднения. При выведении головки наступил спазм шейки матки.

1. Диагноз?
2. Что делать?
3. Материнские факторы, способствующие тазовому предлежанию?
4. На что направлено пособие по Цовьянову 1.
5. Тактика врача женской консультации при тазовом предлежании?

Эталон ответа

1. Беременность 40 недель. Смешанное ягодичное предлежание. П период родов. Спазм шейки матки.
2. Внутривенно спазмолитики. Выведение головки-прием Морисо-Левре.
3. Аномалии развития матки, узкий таз, перерастяжение матки, воспаление
4. На сохранение правильного членорасположение у плода во время родов
5. Дородовая госпитализация в 38 недель

Задача №7.

Повторнородящая, 25 лет, беременность доношенная.

Предполагаемая масса плода 3300,0. Размеры таза нормальные. В дне матки определяется головка, спинка плода пальпируется слева. Предлежат ягодичы, прижаты ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд. в мин, ясное, слева выше пупка. Воды целы. Схватки через 3 мин. по 40-45 сек. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева 7-8см, ягодичы прижаты ко входу в таз, крестец слева и спереди, межвертельная линия в левом косом размере, плодный пузырь цел.

1. Диагноз?
2. План ведения ?
3. Плодовые факторы, способствующие тазовому предлежанию?
4. На что направлено классическое ручное пособие при тазовом предлежании?
5. Диагностика тазового предлежания?

Эталон ответа

1. Беременность 40 недель. Чистоягодичное предлежание. Передний вид. 1 период родов.
2. Роды вести через естественные родовые пути. Во П периоде- пособие по Цовьянову.
3. Недоношенность, многоплодная беременность, внутриутробные пороки развития
4. На освобождение ручек и головки плода
5. Приемы Леопольда и УЗИ

Задача №8.

Первородящая, 35 лет. Беременность доношенная, размеры таза нормальные. Положение плода продольное, тазовый конец над входом в малый таз. Головка определяется в дне матки предполагаемая масса плода 3700,0.

Сердцебиение плода до 130 уд в мин, ясное, слева выше пупка. Схватки через 4 мин по 35/40 сек. Влагалищное исследование – шейка матки сглажена. Открытие маточного зева на 6-7 см. Воды целы. Предлежат обе стопы плода.

1. Диагноз?
2. План ведения?
3. На что направлено пособие по Цовьянову 2 при тазовом предлежании?
4. Плацентарные факторы, способствующие тазовому предлежанию?
5. Осложнения при тазовом предлежании для плода?

Эталон ответа

1. Беременность 40 недель. Ножное предлежание. 1 период родов, первородящая в 35 лет.
2. Чревосечение. Кесарево сечение.
3. На препятствие рождения ножек и перевод в чистоягодичное предлежание
4. Предлежание плаценты, многоводие и маловодие, короткая пуповина
5. (запрокидывание ручек; разгибание головки; затрудненное рождение плечевого пояса и головки; гипоксия плода, гибель плода

Задача №9.

Беременная 26 лет. Беременность 35 недель. В анамнезе 1 кесарево сечение без осложнений. Головка плода в правом подреберье, слева от входа в таз определяется тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд в мин.

1. Диагноз?
2. План ведения?
3. На что направлен прием по Морисо-Левре-Ляшапель при тазовом предлежании?
4. Осложнения при тазовом предлежании для матери?
5. Показания к плановому кесарево сечению при тазовом предлежании?

Эталон ответа

1. Беременность 35 недель. Косое положение плода.
2. Пролонгирование беременности. Дородовая госпитализация в 38 недель беременности.
3. На предотвращение разгибания головки
4. Родовой травматизм, слабость родовой деятельности, гипотоническое кровотечение
5. Узкий таз, хроническая гипоксия плода, крупный плод массой более 3800 гр, преждевременные роды, ножное предлежание, переносенная беременность, разгибание головки, при тазовом предлежании 1 плода при многоплодной беременности, рубец на матке, аномалии развития матки, миома матки, экстрагенитальная патология

Задача №10.

Повторные роды в чистоягодичном предлежании при доношенной беременности. Потуги через 2 минуты по 50 сек. Ягодицы врезаются. Межвертельная линия в прямом размере выхода таза.

Сердцебиение плода 140 уд в мин ясное.

1. Диагноз?
2. Какой момент биомеханизма родов?
3. Ваша тактика?
4. Показания к экстренному кесарево сечению при тазовом предлежании?
5. Посobie оказываемое при чистоягодичном предлежании?

Эталон ответа

1. беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Раннее излитие вод. Простой плоский таз 1 степени сужения.
2. Рождение ягодич
3. Роды вести консервативно, с функциональной оценкой таза, профилактикой гипоксии плода и кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде.
4. ДИОВ при незрелой шейке, аномалия родовой деятельности, гипоксия плода, выпадение пуповины, выпадение ножек.
5. Цовьянов 1, классическое ручное пособия, по Морисо-Левре-Ляшапель

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



Показания к экстренному кесареву сечению:

- 1. Отсутствие адекватного прогресса в родах в течение 2-х часов, решать в индивидуальном порядке**
- 2. Отсутствие родов в течение 60 минут от начала активных потуг**