

Неправильное положение плода (НП)

Неправильным положением плода называют клиническую ситуацию, когда ось плода пересекает ось матки

Частота – 0,5-0,7%, причем у многорожавших в 10 раз чаще, чем у первородящих.

К неправильным положениям плода относят поперечные и косые положения.



Позицию плода при определяют :
если она спинка расположена слева от
срединной линии тела беременной

– I позиция,

если справа

– II позиция.



Вид, определяют по спинке: если она обращена кпереди – передний вид, кзади – задний.



Тазовое предлежание плода (ТП)

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

Частота – 3-5%.

Перинатальная смертность при ТП в 3-4 раза выше, чем при головном, а травматизм в 10 раз чаще.



Причины:

- 1) Материнские факторы**
- 2) Плодовые**
- 3) Плацентарные**

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

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

Плацентарные факторы: Предлежание плаценты, многоводие или маловодие, короткость пуповины

До 28-29 недель беременности ТП не имеет существенного значения, потому что плод может принять головное предлежание. Окончательное положение в 34-36 недель.

Классификация

- 1) Ягодичные
- 2) Ножные
- 3) Коленные (редко)

- Неполное – чисто ягодичное
Полное – смешанное (ягодично-ножное)
- 1 ножка или 2 ножки – полное, неполное



а



б



в



г

Диагностика

1) Наружные методы исследования (I и III приемы исследования)

2) Сердцебиение плода – выше пупка

3) УЗИ – 100%

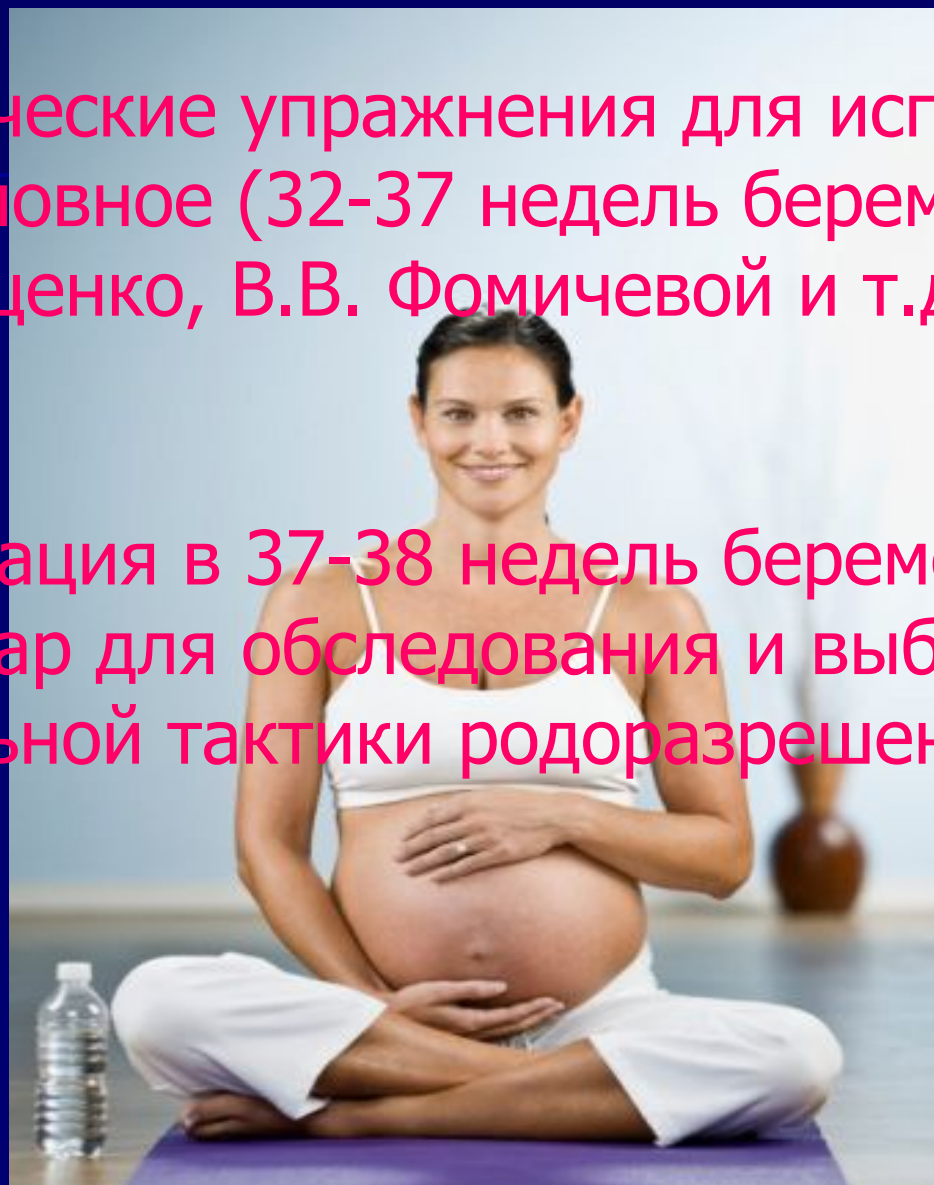


Тактика ведения беременности при ТП плода

Женская консультация

- Гимнастические упражнения для исправления ТП на головное (32-37 недель беременности по И.И. Грищенко, В.В. Фомичевой и т.д.)

- Госпитализация в 37-38 недель беременности в стационар для обследования и выбора рациональной тактики родоразрешения



Тактика ведения беременности при ТП плода

Стационар

- Анализ акушерского анамнеза и ЭГ патологии

- УЗИ

- Рентгенопельвиометрия

- Амниоскопия

- Оценка состояния плода

- Оценка готовности женского организма к родам

Наиболее информативно УЗИ, при котором можно определить:

- Размеры плода

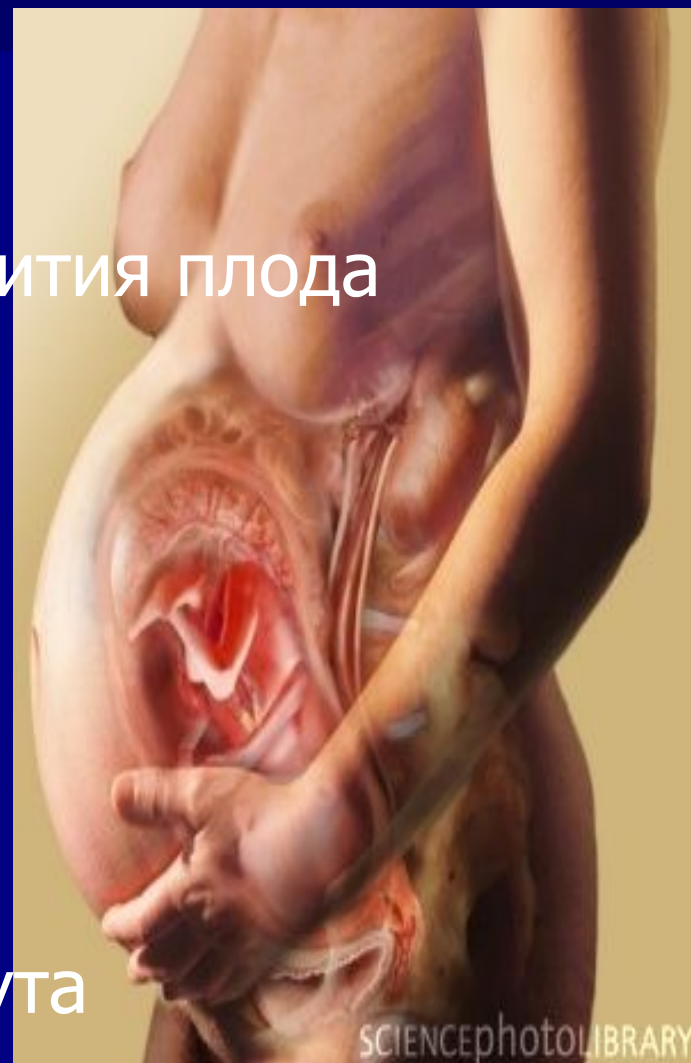
- Выраженные аномалии развития плода

- Локализацию плаценты

- Вид ТП

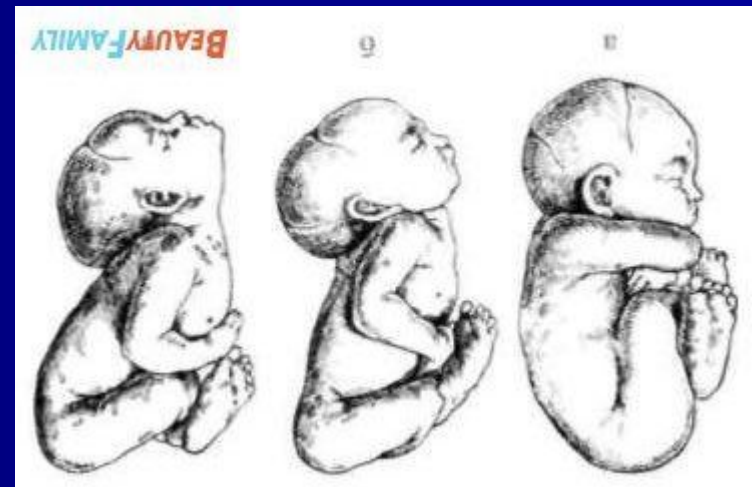
- Расположение пуповины

- Согнута головка или разогнута



Различают 4 варианта положения головки плода при ТП:

- 1) Головка согнута – угол больше 110°
- 2) Головка слабо разогнута – «поза военного» - I степень разгибания, угол от 100 до 110°
- 3) Головка умеренно разогнута – II степень разгибания, угол от 90 до 100°
- 4) Чрезмерное разгибание головки – «смотрит на звезды» - III степень разгибания, угол меньше 90°



Течение родов при ТП плода

Осложнения в I периоде родов:

- Несвоевременное отхождение о/плодных вод
- Аномалии родовой деятельности
- Выпадение мелких частей и петель пуповины
- Асфиксия

Ведение I периода родов

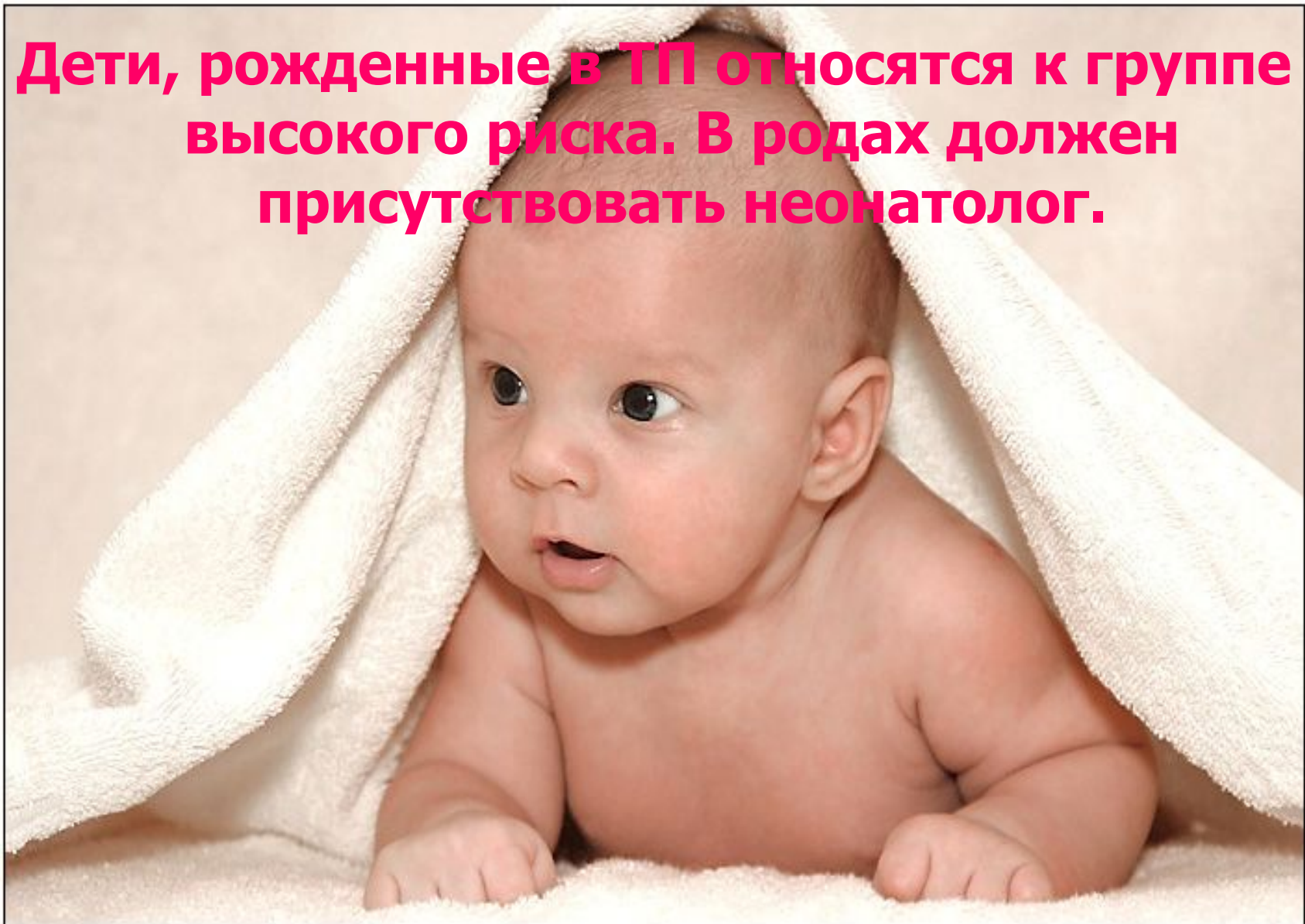
- 1) Постельный режим (на боку, на стороне позиции)
- 2) Мониторинг сократительной деятельности матки, следить за скоростью раскрытия шейки матки – в активную фазу не менее 1,2 см/час у первородящих, не 1,5 см/час у повторнородящих
- 3) При 3-4 см – спазмолитики, обезболивание, при отхождении вод – вагинальное исследование
- 4) При выпадении пуповины в конце периода раскрытия – допустимо консервативное ведение
- 5) При аномалии родовой деятельности – лечение

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

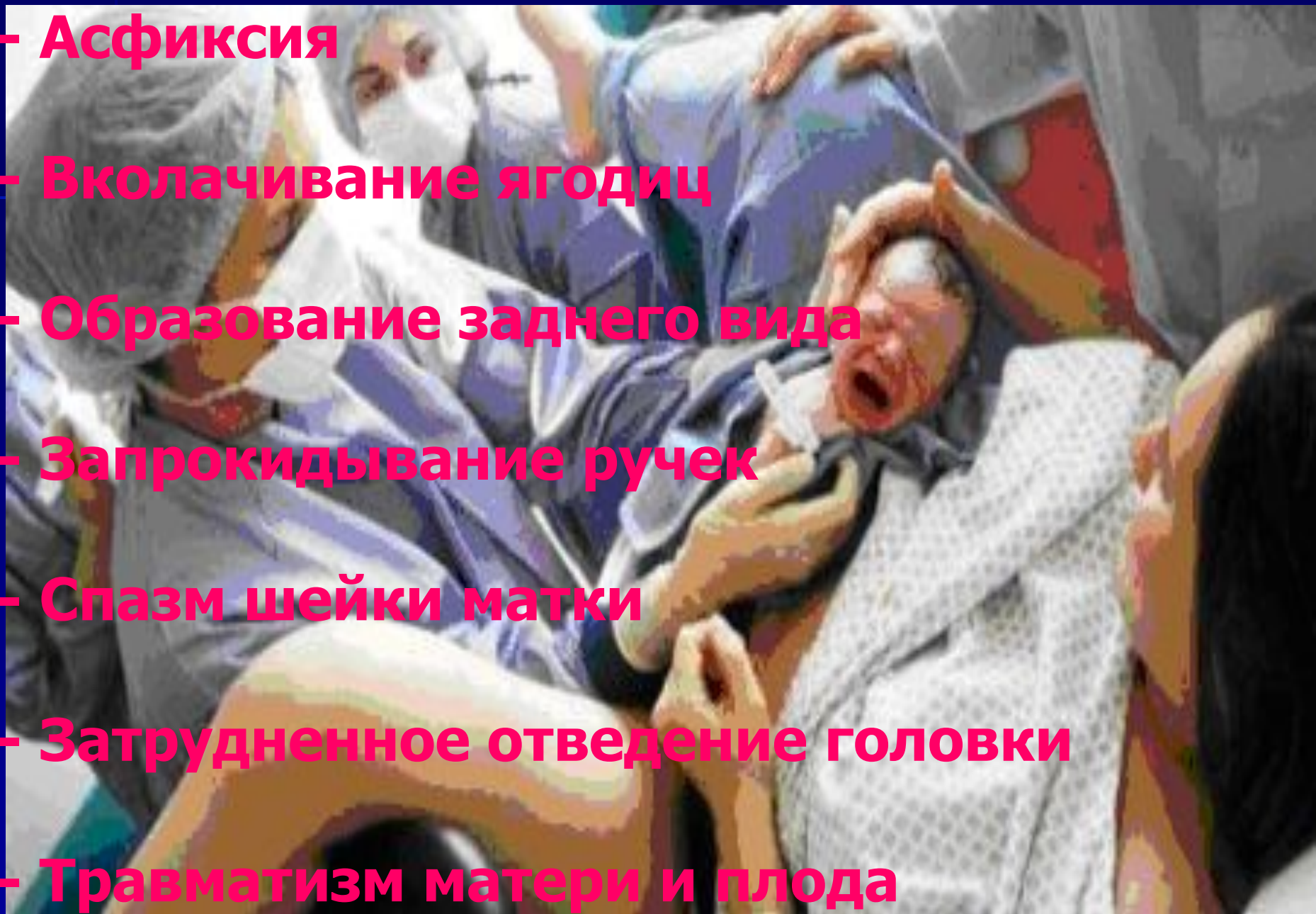


**Дети, рожденные в ТП относятся к группе
высокого риска. В родах должен
присутствовать неонатолог.**



Осложнения во II периоде родов:

- Асфиксия
- Вколачивание ягодиц
- Образование заднего вида
- Запрокидывание ручек
- Спазм шейки матки
- Затрудненное отведение головки
- Травматизм матери и плода



Показания к плановому КС:

Отягощенный акушерский анамнез

Предполагаемая масса плода менее 2000 гр и 3600 гр и выше

III степень разгибания головки

Узкий таз

Хроническая гипоксия плода

Переношенность



Показания к плановому кесареву сечению:

Первородящая старше 30 лет

Предлежание пуповины, пуповины

Рубец на матке

ТП первого плода при многоплодии

Отсутствие готовности родовых путей к родам и др.

Показания к экстренному кесареву сечению:

Отсутствие эффекта от родовозбуждения или родостимуляции

Выпадение пуповины и мелких частей плода при небольшом раскрытии шейки матки

Слабость родовой деятельности

Гипоксия плода и др.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

